



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2015/2016 – 4º ANO

Autora: Antonela Vitória, N.º 3013

Mindelo, 2016

**Trabalho a ser apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem.**

**ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA
DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA**

Discente: Antonela Vitória, N° 3013

Orientadora: Mestre Denise Oliveira

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai, que sempre acreditou no meu sucesso e apoiou-me durante esta fase de luta e de muito estudo.

À minha mãe que foi a força maior para eu vencer na vida, e por suas belas palavras que sempre me ensinaram a lutar pelos meus objetivos, pois sei que mesmo longe sempre esteve comigo nos momentos difíceis da minha vida, encorajando-me para ter força e seguir para aqui chegar.

AGRADECIMENTOS

Um especial agradecimento à todos aqueles que de uma maneira ou outra ajudaram-me nessa etapa da minha vida, visto que sózinha não conseguiria aqui chegar, pois a união faz a força.

Em primeiro lugar agradeço à Deus por essa oportunidade gratificante que depositou na minha vida. Por estar sempre presente e nunca me ter abandonando na caminhada para realizar este sonho.

Aos meus familiares e amigos, pelo apoio absoluto e incentivo nos momentos mais difíceis, em especial aos meus irmãos Rosangela, Barbara, Fredson e Fedra que sempre acompanharam-me durante este percurso.

À minha orientadora Mestre Denise Oliveira Centeio, docente na Universidade do Mindelo, pela disponibilidade, apoio e por ter aceito orientar-me durante vários meses, mostrando sempre disponível, paciente durante a orientação e pela confiança e esperança que sentia durante os encontros fazendo-me acreditar que ia alcançar o meu objetivo, mesmo quando tudo parecia difícil.

À todos os esquizofrénicos por aceitarem participar no estudo, pois sem eles este não teria o mesmo significado. Aos seus familiares, pela disponibilidade e por me aceitarem nos seus lares para a recolha de dados que deram significado à este estudo.

Aos enfermeiros do Serviço de Saúde Mental por aceitarem participar na entrevista e pela disponibilidade durante a realização deste estudo. Um especial agradecimento ao Enfermeiro Mário pelo apoio e disponibilidade, à Enfermeira Suzilene pelo carinho e apoio e, ao enfermeiro Alexandre Lopes que disponibilizou-me dados que ajudaram a problematizar o tema.

À todos os meus colegas de curso, principalmente Carina, Zainy, Joana e Viviane pelas vivências e pela amizade desses quatro anos.

Obrigada!

EPÍGRAFE

Nenhum obstáculo é tão grande se a sua vontade de vencer for maior.

(Paulo Coelho)

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
JUSTIFICATIVA	3
PROBLEMÁTICA	4
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1.1. BREVE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM	8
1.2. CONCEITO DE ESQUIZOFRENIA E ASPETOS HISTÓRICOS	11
1.2.1. Causas da Esquizofrenia	13
1.2.2. Sintomas da Esquizofrenia	17
1.2.3. Subtipos de Esquizofrenia	20
1.2.4. Fases da Esquizofrenia	22
1.2.5. Primeiro Episódio da Esquizofrenia	25
1.2.6. Diagnóstico da esquizofrenia	26
1.2.7. Tratamento da esquizofrenia	27
1.3. IMPLICAÇÕES DA ESQUIZOFRENIA NO ACOMETIDO	31
1.4. QUALIDADE DE VIDA.....	31
1.4.1. A Qualidade de Vida e a Esquizofrenia.....	33
1.5. ESQUIZOFRENIA E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	34
CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA	37
2.1. TIPO DE ESTUDO.....	38
2.2. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	39
2.2.1. Entrevista semiestruturada.....	39
2.2.2. Questionário-entrevista.....	40
2.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO	42
2.4. DESCRIÇÃO DO CAMPO EMPÍRICO	43
2.4.1. Descrição dos Domicílios	43
2.4.2. Descrição do Serviço de Saúde Mental do HBS	44
2.5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	45
CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA	47
3.1. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	48
3.2. DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	63
3.3 DISCUSSÃO DOS DADOS	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
PROPOSTAS.....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

APÊNDICES	83
ANEXOS	99

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Frequência de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia internadas no SSM do HBS	5
Quadro 2. Dados socioemográficos dos participantes com diagnóstico de esquizofrenia	42
Quadro 3. Dados sociodemográficos e profissional dos Enfermeiros.....	43
Quadro 4 - Diagnósticos de enfermagem (NANDA) e intervenções (NIC).....	64

RESUMO

Este trabalho pretendeu identificar as intervenções de enfermagem promotoras da qualidade de vida da pessoa com esquizofrenia. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa. Participaram deste estudo quatro enfermeiros do Serviço de Saúde Mental do Hospital Baptista de Sousa e sete pessoas com esquizofrenia não hospitalizadas e na fase de estabilização da doença. Utilizou-se como método de recolha de dados a entrevista semi-estruturada dirigida tanto aos enfermeiros como às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Para estes últimos, utilizou-se ainda a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida para Pacientes com Esquizofrenia – QLS-BR. De um modo geral, os resultados evidenciaram prejuízo considerável na QV de todos os participantes com diagnóstico de esquizofrenia. Percebe-se que as intervenções de enfermagem promotoras da QV das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, porventura por falta de preparação teórico-científico, limitam-se à prestação de cuidados de saúde e fomentação da adesão ao tratamento, quando na verdade se sabe que a promoção da qualidade de vida vai além dos cuidados de saúde. As intervenções de enfermagem promotoras da QV passam por, entre tantas outras, determinar a aceitação do papel por parte do cuidador, auxiliar o paciente a identificar os vários papéis na vida e a identificar estratégias positivas para lidar com as mudanças no papel, colaborar no desenvolvimento de programas de ação da comunidade, encaminhar a grupos de apoio, encorajar atividades sociais e comunitárias, auxiliar no desenvolvimento de novas habilidades de enfrentamento e solução de problemas, determinar se o paciente apresenta risco a si ou para os outros, determinar a carga psicológica do prognóstico para a família, avaliar a sua reação emocional e oferecer informações sobre o progresso do paciente, conforme a preferência do mesmo. Espera-se que este trabalho motiva o interesse para novos estudos nesta área e que seja um documento útil para a prática de enfermagem nos campos da promoção da qualidade de vida da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia.

Palavras-chave: Enfermagem, esquizofrenia, qualidade de vida

ABSTRACT

This work aimed to identify the nursing interventions that promote the quality of life of the person with schizophrenia. It is an exploratory descriptive study of a qualitative nature. Four nurses from the Mental Health Service of the Baptista de Sousa Hospital and seven people with schizophrenia who were not hospitalized and in the stabilization phase of the disease participated in this study. A semi-structured interview aimed at both nurses and people with a diagnosis of schizophrenia was used as a data collection method. For the latter, the Quality of Life Assessment Scale for Patients with Schizophrenia - QLS-BR was also used. Overall, the results showed considerable impairment in the QL of all participants diagnosed with schizophrenia. It can be seen that nursing interventions that promote QL in people with a diagnosis of schizophrenia, due to a lack of theoretical and scientific preparation, are limited to the provision of health care and fostering adherence to treatment, when in fact it is known that Promotion of quality of life from health care. Nursing interventions promoting QL, among many others, determine caregiver acceptance of role, help the patient to identify the various roles in life, and identify positive strategies to deal with changes in role, to collaborate in development Of community action programs, refer to support groups, encourage social and community activities, assist in developing new coping skills and problem solving, determine whether the patient poses a risk to self or others, Prognosis for the family, evaluate their emotional reaction and provide information about the patient's progress, according to the patient's preference. It is hoped that this work motivates the interest for new studies in this area and that it is a useful document for the practice of nursing in the fields of the promotion of the quality of life of the person diagnosed with schizophrenia.

Keywords: Nursing, schizophrenia, quality of life.

LISTA DE SIGLAS/ ABREVIATURAS

CADM	Centro de Acolhimento de Doentes Mentais
Cp	Comprimidos
CV	Cabo Verde
DSM	Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais
HBS	Hospital Baptista de Sousa
Inj	Injetável
Mg	Miligramma
NANDA	<i>North American Nursin Diagnosis Assotiation</i>
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
PDE	Pessoa com Diagnóstico de Esquizofrenia
QLS-BR	Escala de Avaliação da Qualidade de Vida para Pacientes com Esquizofrenia
QV	Qualidade de Vida
SSM	Serviço de Saúde Mental

INTRODUÇÃO

O presente estudo intitulado **Enfermagem na Promoção da Qualidade de Vida da Pessoa com Esquizofrenia** é um trabalho realizado no âmbito da conclusão do curso de licenciatura em Enfermagem lecionado na Universidade do Mindelo.

A esquizofrenia é considerada das doenças mentais mais incapacitantes pelos vários prejuízos às diversas áreas de funcionamento dos sujeitos acometidos, comprometendo significativamente a qualidade de vida dos que sofrem, mas também com consequências danosas extensíveis aos que de perto convivem com as pessoas acometidas.

A esquizofrenia pressupõe causas desconhecidas que tem sido objeto de preocupação de vários investigadores. Porém a ciência ainda não apontou uma causa específica para a doença, uma vez que não parece plausível que haja um fator único para a doença porque essencialmente a esquizofrenia é muticausal.

A prevalência da doença parece aumentar ao longo dos anos e, em São Vicente os números preocupam os profissionais que zelam pela saúde em geral e pela saúde mental, em particular.

Em geral, os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia são discriminados porque muitas vezes as pessoas não compreendem de que se trata de uma doença que precisa de tratamento.

Diante deste panorama, faz-se necessário realizar estudos neste campo.

O tema escolhido deve-se precisamente com a preocupação com o crescente número e prende-se também com o fato de ser uma área pouco explorada no nosso meio, desembocando na falta de estratégias pensadas e organizadas em torno da promoção da qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Além disso, há poucas informações disponíveis provenientes dos serviços e instituições que estão em contato com as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

Este estudo trará ganhos à nível pessoal como ampliação dos conhecimentos neste domínio do saber e a experiência única em matéria de investigação. Por outro lado, espera-se que motiva o interesse para novos estudos nesta área visto que há poucos estudos nesta área. Espera-se também que seja um documento útil para a prática de enfermagem na medida em que se pretende reunir um conjunto de intervenções promotoras da qualidade de vida das

peessoas com diagnóstico de esquizofrenia que sirvam de consulta, mas também um uma espécie de guia prática.

O trabalho encontra-se estruturado em Três capítulos: No primeiro capítulo encontra-se o enquadramento teórico onde os principais conceitos que permitem a compreensão do tema em estudo são abordados com base numa revisão da literatura; O segundo capítulo refere-se à fase metodológica, nesta aborda-se o tipo de estudo, os participantes, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos metodológicos; No terceiro capítulo encontra-se a fase empírica que encerra a apresentação e interpretação dos dados, os diagnósticos e as intervenções, a discussão dos resultados, as considerações finais e as propostas. Por fim seguem as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

Para a elaboração e formatação deste trabalho recorreu-se às normas de elaboração de trabalhos científicos versadas no Manual *Introdução a Investigação Científica – Guia para investigar e redigir* (segunda edição) da autoria do Magnífico Reitor da Universidade do Mindelo, Doutor Albertino Graça (Setembro, 2014).

JUSTIFICATIVA

A escolha do tema deve-se às duas questões. Uma primeira questão surge aquando dos Ensinos Clínicos realizados no Centro de Acolhimento de Doentes Mentais (CADM) e prende-se com a preocupação com o número de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia ali institucionalizados. Preocupação que motivou várias pesquisas sobre a esquizofrenia no sentido de conhecer mais sobre a patologia. A medida que se compreendia um pouco sobre a doença outras questões surgiam. Particularmente questões sobre a qualidade de vida. Percebeu-se que há escassez de produção científica sobre qualidade de vida de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia no contexto nacional.

Neste sentido, este estudo contribuirá para enriquecer a produção científica além de constituir um material pensado e organizado para servir à prática de enfermagem nos campos da saúde mental pois, parece claro que se deve apostar na prevenção, mas tendo em conta que as causas da esquizofrenia são ainda um mistério, é preciso que se pense em estratégias promotoras da qualidade de vida das pessoas acometidas.

Segundo Gusmão e colaboradores (2014, p. 19), a esquizofrenia ainda é encarada como loucura, neste sentido os enfermeiros e os demais profissionais da área de saúde têm um papel importante na desmistificação da doença e de romper com os mitos e preconceitos que têm em relação à esquizofrenia, de modo que melhorem a sua forma de prestar cuidados, facilitando ao paciente o desenvolvimento da confiança e da segurança no profissional.

Com efeito, o enfermeiro que trabalha em saúde mental deve ser capaz, proativo e eficaz na prestação de cuidados que garanta melhoria na qualidade de vida das pessoas acometidas, desde ajudar os utentes a identificar e a controlar os sintomas, incentivar o autocuidado no sentido de diminuir o impacto e a gravidade das recaídas, fomentar a adesão terapêutica, e as atividades disponíveis pelos serviços da rede social, desmistificar a doença e romper com os mitos e preconceitos constituídos à volta da esquizofrenia.

PROBLEMÁTICA

A esquizofrenia é uma das patologias crónicas que, pelas suas características, causa imenso sofrimento e grande défice em várias áreas de funcionamento da pessoa acometida, influenciando assim a qualidade de vida das mesmas. Não obstante o sofrimento que a própria doença proporciona, pelo fato de ser pouco compreendida pela sociedade, o preconceito e as atitudes discriminatórias de que as pessoas acometidas são alvo exacerbam ainda mais o sofrimento, com implicações na qualidade de vida uma vez que acabam por se privar do convívio social.

Aproximadamente cerca de 0,7% à 1,0% da população mundial é afetada pela esquizofrenia, sem levar em conta aqueles que fazem parte do mais vasto fantasma da esquizofrenia e aos que são afetados indiretamente por esse distúrbio (A PONTE, 2014, p. 10).

Conforme o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário PNDS (2012, p. 77), os transtornos mentais estão entre as cinco principais causas de morbilidade no mundo e, presume-se, para os países em desenvolvimento, um aumento significativo dessa incidência até ao ano 2020. Em Cabo Verde (CV) não há dados recentes disponíveis que retratam a situação epidemiológica desta patologia. Os últimos dados estatísticos disponíveis com base num estudo epidemiológico dos transtornos mentais realizado em 1988/89, mostram que a prevalência era de 4.3/1 000 habitantes, altura em que o país contava com cerca de 337000 habitantes.

Entretanto, de acordo com os dados estatísticos relativos aos internamentos de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia no Serviço de Saúde Mental (SSM) do Hospital Baptista de Sousa (HBS) nos últimos cinco anos, verifica-se um aumento significativo, em quase dobro, dos internamentos de pessoas com o referido diagnóstico de 2010 para 2015.

Quadro 1. Frequência de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia internadas no SSM do HBS

Ano	Sexo		Total de Utentes	Idade compreendida
	F	M		
2010	11	18	29	16-62 Anos
2011	2	18	20	18-53 Anos
2012	6	11	17	22-82 Anos
2013	7	17	24	23-63 Anos
2014	32	23	55	18-63 Anos
2015	17	35	52	16-97 Anos

Fonte: Dados fornecidos pelo Serviço de Estatística do HBS

O quadro permite-nos observar que nos últimos 5 anos os homens são os que mais são internados com o diagnóstico de esquizofrenia. Além de mostrar que as pessoas afectadas estão na sua maioria em idade ativa.

Estes dados demonstram um acréscimo acentuado da prevalência da esquizofrenia. Dados esses congruentes com a tendência da prevalência a nível mundial.

É de realçar ainda, que atualmente, em São Vicente existe um CADM sob tutela da Câmara Municipal, que alberga um total de 49 doentes mentais, sendo três (3) externos e quarenta e seis (46) internos. Conforme o registo de diagnóstico deste centro, vinte e nove (29) são acometidos pela esquizofrenia.

Contudo neste centro há défice de enfermeiros para trabalhar com as pessoas com esquizofrenia no sentido de melhorar as suas QV, segundo Gusmão et al, (2014, p. 19), a enfermagem tem como principal função prestar melhor assistência ao utente com esquizofrenia, permitindo-lhe reconhecer e controlar os sintomas de modo a estimular o autocuidado e, orientar sobre a importância e a eficácia do tratamento, a fim de proporcionar melhor QV destes.

Nessa perspetiva pretende-se com este estudo responder de forma teórico-científico a seguinte pergunta de partida:

- Qual é o contributo da enfermagem na promoção da qualidade de vida da pessoa com esquizofrenia?

Relativamente a esta pergunta de partida deliniou-se como:

O objetivo geral:

- Identificar os contributos da enfermagem na promoção da qualidade de vida da pessoa com esquizofrenia.

Os objetivos específicos:

- Descrever as experiências de vida das pessoas com esquizofrenia;
- Analisar a percepção da QV das pessoas com esquizofrenia;
- Examinar a contribuição da Enfermagem na promoção da QV da pessoa com esquizofrenia;
- Explorar as limitações da assistência de enfermagem na promoção da QV da pessoa com esquizofrenia.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TÉORICO

1.1. Breve História da Enfermagem

A Enfermagem é vista como a ciência e a arte do cuidar, que deteta conhecimentos e praticas desde a prevenção à manutenção da saúde (Lima, 1993, p. 21).

Na sua essência, a enfermagem perpetuou-se com a história da humanidade, uma vez que sempre existiu as práticas do cuidar. O ritual do cuidar era praticado pelas mulheres desde a concepção até a morte. Cuidavam das crianças, dos doentes e dos moribundos. A partir do momento que surge a vida, existem cuidados, pois é preciso cuidar da vida para que ela possa continuar (Collière, 1999, p. 27).

Segundo o mesmo autor durante milhões de anos os cuidados não eram exercidos como uma profissão, e nem pertenciam à um ofício. Os cuidados eram praticados por qualquer pessoa que ajudava o outro a garantir sua sobrevivência naquilo que era preciso.

Durante o período pré-cristão os sacerdotes e as feiticeiras exerciam funções de enfermeiros, as doenças eram vistas como algo sobrenatural. Os tratamentos eram utilizados com o objetivo de acalmar as divindades, a fim de afastar os maus espíritos através de sacrifícios, faziam rituais de massagem, banho de água fria ou quente e substâncias que provocava náuseas. Ao longo dos tempos os sacerdotes foram alcançando conhecimentos sobre plantas medicinais e ensinava-os as pessoas com o intuito de estabelece-lhes funções de enfermeiros e farmacêuticos (Associação Brasileira de Enfermagem, 2013, s. p).

Associação Brasileira de Enfermagem (2013, s. p), salienta que a enfermagem entra em vigor quando Florence Nightingale recebeu o convite do Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar com soldados feridos em combate na Guerra da Crimeia.

Florence nasceu a 12 de Maio de 1820 no seio de uma família britânica e de alta sociedade. Foi considerada a fundadora da enfermagem moderna, contestou o destino de uma mulher de alta sociedade britânica em que a educação e a profissão eram negadas, abrindo assim novos horizontes para a representação da mulher na sociedade e para a profissão de enfermagem (Lopes & Santos, 2010, p. 182).

Através da sua inteligência, determinação e perseverança dialogava com oficiais do Exército e políticos, predominando sempre as suas ideias. Dominava o inglês, francês, alemão, italiano, grego e latim (Associação Brasileira de Enfermagem, 2013, s. p).

Segundo a mesma associação, Florence com o desejo de ser enfermeira passou o inverno de 1844 em Roma a estudar as atividades das Irmandades Católicas. Em 1849 viajou

para o Egito pois queria complementar os seus conhecimentos que achava insuficientes e decidiu servir à Deus. Sendo assim foi visitar o hospital de Dublin coordenada pelas Irmãs de Misericórdia, ordem católicas de Enfermeiras, que foi fundada vinte anos antes da sua visita.

A Inglaterra, a França e a Turquia em 1854 decretam guerra à Rússia – Guerra da Crimeia, os soldados ingleses encontravam-se abandonados e a taxa de mortalidade dos hospitalizados eram de 40%. Florence com trinta e oito voluntários foi para Scutari, entre estes se encontravam leigas e religiosas de diferentes hospitais (Associação Brasileira de Enfermagem, 2013, s. p).

Foi devido a Guerra da Crimeia que Florence Nightingale teve a grande oportunidade, de introduzir mulheres como enfermeiras militares e também mais tarde o ensino de enfermagem na Escola Nightingale do hospital St. Tomas em Londres (Couto, 2005, p. 8).

As enfermeiras que foram à Guerra com ela para cuidar dos soldados feridos foram demitidas devido as suas incapacidades de adaptarem à situações e por indisciplina, mas Florence adaptou-se desde a organização do trabalho até aos serviços mais simples como a limpeza do chão. O trabalho de Florence foi reconhecido pelos soldados que elogiaram esta incomum Miss Nightingale, pois houve uma redução da mortalidade de 40% para 2%. Ela era considerada a Dama da lâmpada e o anjo da guarda dos soldados, pois percorria as enfermarias com a sua lanterna na mão durante noite atendendo e vigiando os doentes (Associação Brasileira de Enfermagem, 2013, s. p).

Florence Nightingale faleceu a 13 de Agosto de 1910 com 90 anos, em Londres. A sua família não permitiu que fosse enterrada na célebre Abadia de Westminster (Westminster Abbey), e os seus restos mortais foram depositados no cemitério da Igreja de St. Margaret em East Wellow, Hampshire, na campa da família (Lopes & Santos, 2010, p. 188).

Florence referenciava que para administrar uma enfermaria e conhecer as leis da vida, da morte, ou da saúde, era necessário haver mais do que inspiração e necessidade de trabalhar para sustentar a vida, através da aprendizagem por experiência e investigação cuidadosa (Couto, 2005, p. 9).

Para o mesmo autor (2005, p. 10), Florence descreve o perfil de uma boa enfermeira como uma pessoa de confiança, honesta, com sentimentos delicados, observadora, discreta,

sóbria, religiosa e devotada, que respeita a dignidade humana, pois, lida com a vida de outras pessoas.

Florence deu à enfermagem uma dimensão única quando deparou a doença como sendo um esforço da natureza para recuperar a saúde: a de favorecer o processo respiratório, com recurso ao ar puro, à luz e ao calor, à limpeza, ao repouso e à dieta, a fim do doente gastar pouca energia, mantendo o doente nas melhores condições para a sua recuperação (Couto, 2005, p. 10).

Depois da enfermagem de Florence Nightingale a enfermagem surgiu em vários pontos do globo.

Em CV, a enfermagem surgiu durante uma viagem em 1585 para a Índia num navio nau, onde houve necessidade de prestar assistência de enfermagem à uma parte de tripulantes doentes, tiveram que parar na Ilha de Santiago para pedir ajuda ao capitão dessa ilha (Dias Magno), a fim de abastecer e ajudá-los nos cuidados aos doentes que estavam a bordo. Estes foram cuidados pelo próprio capitão e pelo Padre da ilha Vicente Zapata que executou o papel de Enfermeiro (Gomes, 2010, p. 27).

De acordo com Gomes (2010, p. 27), a enfermagem era praticada apenas no seio familiar até aos anos 1862. Nessa altura em CV foi reorganizado os serviços de saúde e criada uma Companhia de Serviços Militares que durou até 1898, ano em que foi determinada a entrada imediata em vigor do Regulamento da Companhia dos Serviços de Saúde. Esse regulamento permitia que a Companhia de Saúde de CV e Guiné fosse constituída com a sua sede na cidade da Praia, criando assim no hospital da Praia um curso para formar os primeiros enfermeiros de CV, ensinando-lhes as essenciais noções de pequenas cirurgias e conhecimento sobre o uso de medicamentos e melhorando a qualidade no tratamento dos doentes.

Em 1960, no Hospital de São Vicente foi iniciado o primeiro curso geral de enfermagem com 25 alunos. Muitos dos enfermeiros formados procuravam emprego nas colónias de Angola, Moçambique e Guiné. Em CV as vagas eram limitadas e aguardavam dois ou mais anos para entrarem no quadro. Em 1962 no hospital da Praia e de São Vicente foram criados cursos de parteiras rudimentares com duração entre 18 meses e dois anos e exigia a quarta classe de instrução primária (Gomes, 2010, p. 27).

Ainda a mesma autora (2010, p.29) referencia que a partir de 1967 até a independência do país os cursos passaram a ser feitos novamente no hospital da Praia. Mesmo havendo várias limitações na época, a enfermagem foi dignificada por muitos profissionais que deram o seu contributo para a saúde em CV.

1.2. Conceito de Esquizofrenia e Aspetos Históricos

Segundo Palmeira, Geraldles e Bezerra (2013, p. 49), no final do século XIX a esquizofrenia foi descrita como uma doença pelo psiquiatra Alemão Emil Kraepelin. Naquela época pelo fato de não existir um tratamento adequado para a doença, os esquizofrênicos ficavam em instituições psiquiátricas por muitos anos, e muitos deles permaneciam o resto das suas vidas nos hospitais psiquiátricos.

A primeira referência da esquizofrenia deu-se na época renascentista, por altura de 1602, pelo médico e anatomista Willis, que descreveu esta patologia como uma forma de “estupidez adquirida” que atingia na maioria a juventude (Grilo, 2012, p. 4).

Em 1810, Pinel e Esquirol descreveram a esquizofrenia como uma “idiotia congénita e adquirida”, mas essa teoria começou a ser modificada e o doente mental passou a ser respeitado como qualquer outro doente (Grilo, 2012, p. 4).

O mesmo autor referencia que em 1850 em *O tratamento de doenças mentais*, Morel referenciou a esquizofrenia como sendo uma demência precoce, pois para ele essa demência afeta a população mais jovem, manifesta de forma aguda e evolui através de perda cognitiva das aptidões mentais.

Hecker em 1871, descreveu um quadro clínico designado de herbefrenia que aparecia em pessoas jovens através de comportamentos regressivos e da degeneração mental. Depois Kahlbaum referiu um outro quadro clínico designado de catatonia, determinado por perturbações motoras e do comportamento (Grilo, 2012, p. 4).

Em 1856-1926 Kraepelin definiu uma classificação de transtornos mentais que assentava no Modelo Médico, em que tinha como finalidade descrever a realidade da doença com causa, sintomas, curso e resultados comuns (Silva, 2006, p. 263).

Kraepelin definiu a esquizofrenia de demência precoce, pelo fato de atingir pessoas muitos jovens, na adolescência ou no início da idade adulta e de progredir cronicamente conduzindo a problemas psíquicos (Palmeira, Geraldles & Bezerra, 2013, p. 49).

De acordo com Silva (2006, p. 263), para Kraepelin os sintomas próprios da demência precoce estão associados com alucinações, déficit de atenção, compreensão e desvio de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos.

Kraepelin constatou que muitos dos pacientes arruinavam sua autonomia relativamente ao trabalho ou estudos, perdiam a motivação para atividades simples. Alguns demonstravam comportamentos infantil e desorganizados que lembrava o da demência (Palmeira, Geraldles & Bezerra, 2013, p. 49).

Segundo os mesmos autores, Kraepelin constatou que, as Pessoas com Diagnóstico de Esquizofrenia (PDE) seriam capazes de ter um curso mais benéfico e de preservar algumas funções intelectuais que eram mais deterioradas no idoso demenciado e, mesmo assim, ele delimitou o termo demencia precoce a esses utentes.

Palmeira, Geraldles e Bezerra (2013, p. 49), postulavam que no início do século XX (1857-1939), o psiquiatra suíço Eugen Bleuler propôs o termo esquizofrenia pois, considerava que demência não era o termo adequado pelo fato de causar grande confusão com a demência do idoso (doença de Alzheimer) descrito por Alois Alzheimer. O termo esquizofrenia, em grego significa *esquizo* = divisão e *phrenia* = mente). Portante para Bleuler a mudança essencial da esquizofrenia estava devidamente relacionada com a incapacidade dos utentes aliarem seus pensamentos e suas emoções, deixando transparecer uma personalidade fragmentada, contraditória e desorganizada.

Bleuler fundou o seu grupo de esquizofrenia, junto com a esquizofrenia simples apresentada por ele com os subtipos paranóide, hebefrénico e catatônicos descritos por Kraepelin (Silva, 2006, p. 264).

Das psicoses crônicas que existem, a esquizofrenia é o mais frequente. Em psiquiatria a designação «psicose» demonstra um tipo de patologia mental provocada por um distúrbio grave da conexão mantida com a realidade, distúrbio da identidade ou da consciência de si (Georgieff, 1995, p. 21).

O termo esquizofrenia foi utilizado para refletir sobre a conexão deficiente ou delimitada entre os processos de pensamento e a cognição da pessoa com a doença e outras funções da mente, tais como a emoção e o comportamento (A PONTE, 2014, p. 10).

1.2.1. Causas da Esquizofrenia

De acordo com Matos, Ponte e Pereira (2014, p. 2), a etiologia desta patologia ainda não são bem definidas pela ciência, havendo contudo, algumas teorias explicativas tais como: teoria biológica, teorias bioquímicas, teoria imunoviral, teoria psicológica e teoria ambiental.

Segundo Afonso (2010, p. 20), durante muitos séculos as explicações para a origem da esquizofrenia eram relacionadas a contornos religiosos, místicos ou mágicos. Os doentes eram frequentemente marginalizados e perseguidos. Pois para uns, estes eram considerados vítimas de possessões diabólicas e, para outros, pelo contrário, admirados, julgando-os dotados de capacidades e dons especiais.

Contudo, a sua etiologia é desconhecida, tem patogenia e uma evolução bem definida. Sabe-se, no entanto, que a esquizofrenia é designada de um conjunto de predisposições genéticas, em que se dá a vulnerabilidade da doença, encontrando-se variáveis do tipo físico, biológico, psicológico, e social, atuando-se sobre essa vulnerabilidade originando esses estados patológicos (Matos, Bragança e Sousa, 2003, p. 37).

Colaborando com a ideia anterior, Townsend (2011, p. 508), sustenta que embora as causas da doença ainda não são bem definidas, não há uma causa exclusiva para diagnosticá-la e, origina-se de uma combinação de variável de predisposição genética, disfunção bioquímica, fator psicofisiológico e *stress* psicossocial.

Os fatores envolvidos na etiologia da esquizofrenia apareceram como forma de tentarem explicar o aparecimento desta doença, poderão ter fundamentação teórica, mas particularmente não especificam a causa concreta (Grilo, 2012, p. 15). Dentre esses fatores, pode-se salientar:

- **Fatores biológicos**

Estudos revelam que familiares das PDE têm maior propensão para desenvolver a doença, quando comparados com a população em geral (Townsend, 2011, p. 510).

Alguns indivíduos podem ter uma ligação muito forte na genética da doença, enquanto outros a genética da doença é fraca. Existem estudos que se debruçaram sobre gêmeos monozigóticos criados separadamente que revelaram o desenvolvimento da doença com a mesma frequência dos criados juntos. Além disso, estudos realizados por investigadores norte-americanos e dinamarqueses revelam que crianças de pais com esquizofrenia têm maior possibilidade de sofrer dessa enfermidade (Townsend, 2011, p. 510).

De acordo com Andreasen (2003, p. 30), a carga genética tem um peso significativo na transmissão de informações e a probabilidade de desenvolver esquizofrenia pode variar de 10% a 50%. Se um dos pais tiver esquizofrenia, existem 10% de hipóteses de um dos filhos vir a desenvolver a doença. No caso de os pais serem portadores da doença, o risco dos filhos desenvolverem esquizofrenia é de 40% a 50%. Se um dos irmãos desenvolver a doença, os restantes irmãos têm 10% de probabilidade de vir a desenvolver a doença. No caso de gêmeos monozigóticos e dizigóticos, a probabilidade é de 40% e 10%, respetivamente. Se um progenitor e um irmão tiverem a doença, o risco de desenvolver a doença sobe para 20%.

Em síntese, as pesquisas neste campo procuram encontrar um nexó genético entre hereditariedade e esquizofrenia.

- **Fatores Bioquímicos**

Hipótese da dopamina: a dopamina é uma substância que atua no cérebro, de modo a facilitar as células nervosas de comunicarem entre si exclusivamente na fenda sináptica. É um neurotransmissor que poderá estar associado à etiologia da doença e tem possibilidade de estar em elevada quantidade no sistema nervoso central (Afonso, 2010, p. 23).

É uma hipótese com base no suporte farmacológico, como no caso das anfetaminas, que elevam os níveis de dopamina, induzindo os sintomas psicotomiméticos. Os neurolépticos como clorpromazina ou haloperidol reduzem o nível de dopamina no cérebro,

bloqueando os recetores dopaminérgicos, diminuindo os sintomas da esquizofrenia inclusive os induzidos por anfetaminas (Townsend, 2011, p. 510).

Hipóteses da Serotonina: um quadro clínico idêntico da esquizofrenia pode ser provocado se algumas substâncias atuarem nos recetores de serotonina. Nestes casos os antipsicóticos agem bloqueando a ação da dopamina e são antagonistas serotoninérgicos que em combinação com os neurolépticos, diminuem os efeitos secundários, melhorando assim a sintomatologia negativa da doença (Afonso, 2010, p. 24).

A teoria do bioquímica, relaciona o desenvolvimento da esquizofrenia com uma perturbação do neurodesenvolvimento, como é o caso de uma alteração do processo ordenado de desenvolvimento do cérebro humano ou noutra hipótese a síndrome alcoólica fetal (Andreasen, 2003, p. 35). O mesmo autor realça ainda que, a sintomatologia da esquizofrenia surge em decorrência de um desequilíbrio químico complexo, que inclui diversos neurotransmissores que interagem e se inter-modulam, como é o caso da dopamina, serotonina e glutamato.

- **Fatores imunoviral**

Nestes fatores existe uma associação negativa entre a esquizofrenia e outras doenças autoimunes, como artrite reumatoide e asma, pois nas pessoas com esquizofrenia pode-se verificar que há uma frequência elevada de doenças infecciosas como é o caso da tuberculose, que é provocada por um processo infeccioso, que causa alterações em algumas fases da doença como o neurodesenvolvimento (Coronas et al., 2002, p. 6).

Os dados epidemiológicos indicam que, pacientes com esquizofrenia são mais susceptíveis de nascer nos meses de inverno e primavera, sendo a exposição viral no útero o mais aceito, por causa das infeções serem mais comum no inverno, existe também uma alta incidência de esquizofrenia após a exposição pré-natal à gripe (Coronas & colaboradores 2002, p. 6). As crianças que nascem prematuro antes de 33 semanas gestacionais poderão aumentar o risco para a esquizofrenia (Silva, 2006, p. 267).

Das mães que estiveram infetadas com um vírus da gripe (Influenza A2- gripe materna), os seus filhos têm maior predisposição para virem a sofrer de esquizofrenia. No

entanto, alguns trabalhos realizados não constata a verificação de uma relação direta entre o vírus e a doença e, os retrovírus foram também associados como causa (Afonso, 2002, p. 29).

- **Fatores psicológicos**

As teorias psicológicas da década de 40, através de relacionamentos familiares patológicos e os padrões de comunicação interpessoal tentavam explicar a esquizofrenia. Entretanto em 1948 a ideia de mãe com esquizofrenia foi introduzida por Fromm-Reichmann que constatou determinados padrões de comportamento materno, como hostilidade e rejeição, por parecerem ser frequentes em mães de utentes com esquizofrenia, mas devido a falta de comprovação empírica essa teoria caiu em desuso (Silva, 2006, p. 270).

Para compreensão das bases biológicas da doença, devido aos avanços metodológicos que estão relacionados com o problema dos critérios de diagnósticos da esquizofrenia, passaram a ser usados na investigação aspetos psicossociais, a fim de demonstrar de uma forma clara que, os fatores psicossociais podem não estar relacionados com a causa da doença, mas influenciam na sua forma de aparecimento e o curso dos sintomas da esquizofrenia (Silva, 2006, p. 270).

A esquizofrenia muitas vezes aparece numa fase da vida em que os afetadas apresentam dificuldade de superar grandes mudanças como na puberdade e na vida adulta. Entretanto os indivíduos que usam drogas regularmente e com predisposição para sofrerem dessa enfermidade têm maior hipótese de desenvolver essa patologia (Onmeda, 2012, p. 8).

- **Fatores Ambientais**

Muitos são os fatores ambientais que poderão desempenhar um papel importante quer na origem quer no curso da doença. O indivíduo é influenciado por estes fatores ambientais desde o nascimento. Esses fatores ambientais incluem o ambiente biológico interno, assim como o ambiente físico e psicossocial externo (Matos, Bragança & Sousa, 2003, p. 20).

Relativamente ao assunto, Townsend (2011, p. 513), associa as condições ambientais para explicar esse fator como as condições de pobreza, nutrição inadequada,

condições domésticas congestionadas, ausência de cuidados pré-natais, dificuldade para lidar com situações stressantes e pouca fé para mudar um estilo de vida da pobreza.

1.2.2. Sintomas da Esquizofrenia

Pode-se encontrar em diferentes fases da doença sintomas distintos que permitem elaborar um diagnóstico dos diferentes tipos de esquizofrenia. Os sintomas podem ser de três categorias: positivos, negativos ou cognitivos (Afonso, 2010, p. 31).

Os sintomas positivos

Os sintomas positivos revelam os aspetos que o utente tem mais do que a população em geral e são vistos como anormais pela sociedade (Palmeira, Geraldes & Bezerra 2013, p. 107).

Podem ser designados de sintomas produtivos, e aparecem principalmente nos surtos agudos de esquizofrenia. Estes incluem delírios, alucinações, distúrbios de pensamentos, sentido do ego alterado e perda da memória (Matos, Bragança & Sousa, 2003, p. 177).

Delírio: são designados de ideias ou pensamentos delirantes que são capazes de modificar a alteração do pensamento e, estão determinados com crença fantasiosa que interfere nas atitudes, pensamentos, comportamentos e até mesmo na forma do doente de avaliar e julgar a realidade (Palmeira, Geraldes & Bezerra, 2013, p. 48-49).

Distúrbio de pensamento: A forma como os portadores de esquizofrenia processam os seus pensamentos são diferente das outras pessoas consideradas normais. Apresentam pensamentos frequentemente desordenado, fragmentado e o discurso pode ser absurdo ou contraditório (A PONTE, 2014, p. 12).

Alucinações: segundo APONTE (2014, p. 12), os esquizofrénicos tem visões de coisas ilusórias, tem sensações anormais sobre o seu próprio corpo, ouvem vozes, as vozes muitas vezes induzem o indivíduo a fazer coisas que este não faria se estivesse no seu juízo perfeito, essas vozes podem ser tranquilizadoras ou ainda podem ser ameaçadoras e assustadoras (e essa voz é chamada de voz de comando).

Na esquizofrenia as alucinações presentes podem ser a nível sensorial como visuais auditivas, táteis, olfativas e cinestésicas, embora as últimas são mais raras, as alucinações auditivas são mais frequentes, sendo desagradáveis e ameaçadoras para o utente (Afonso, 2010, p. 33).

Sentido do ego alterado: a pessoa com esquizofrenia pode ter percepção de um corpo que não faz parte dele e que está separado do seu íntimo, causando assim uma grande confusão, fazendo-o sentir inexistente como pessoa (A PONTE, 2014, p. 12). No sentido do ego alterado os esquizofrénicos pensam que são capaz de controlar e transmitir irradiações de pensamentos às pessoas, e que seus movimentos e atitudes podem ser controlados por outras pessoas ou forças exteriores (Matos, Bragança e Sousa, 2003, p. 63-64).

Perda da memória: é quando ocorre algum evento e o indivíduo não consegue lembrar das especificidades, como onde, quando, ou como aconteceu. Uma distração pode levá-lo a esquecer de um evento procedente (A PONTE, 2014, p. 12).

Sintomas negativos

Os sintomas negativos representam um leque de aspetos comportamentais, que os utentes têm subtraídos em relação a população em geral, parecendo como se desses sintomas fossem privadas certas características vitais, tais como: Capacidade de socialização e a expressão das emoções e afetos, animo, interesse. Estes incluem falta de motivação, afeto ou sentimento embotados, depressão, isolamento social, pobreza de discurso e pensamento e, comportamento catatónico (Palmeira, Gerales & Bezerra, 2013, p. 107).

Falta de motivação ou apatia: os portadores de esquizofrenia podem apresentar limitações na falta de motivação para realizar atividades diárias com higienização, sair da cama, e ainda podem apresentar pouco interesse na vida, falta de energia, dando ideia de serem preguiçosos, capazes apenas de comer e dormir (PONTE 2014, p. 13).

Afeto ou sentimento embotados: a mesma Associação ressalta que a pessoa com esquizofrenia apresenta um aspeto sem interesse e as expressões faciais podem ser ausentes, este pode experimentar emoções e ser incapaz de expressá-las ao exterior. Os sintomas tornam-se mais evidentes na medida que a doença progride.

Comportamento catatónico: os esquizofrénicos muitas vezes apresentam posturas anormais, ficam sentados de uma forma particular num mesmo sítio por muito tempo sem mudar de posição (A PONTE, 2014, p. 13).

Pobreza de discurso e pensamento: está relacionada com a comunicação, que é pouca espontânea e a pessoa limita-se a expressar poucas palavras, podendo o utente passar muito tempo sem expressar uma única palavra e se expressa-la o conteúdo do pensamento é pobre, os assuntos são reduzidos, fazendo com que o diálogo fica difícil (Afonso, 2010, p. 37).

Depressão: A depressão não esta sempre associada à esquizofrenia, mas é um sintoma da doença, os esquizofrénicos podem experimentar sentimentos de abandono e sentir-se aflitos, entretanto sentem-se como se os problemas da vida acontecem porque não são capazes de serem amadas, ou porque tem-se comportado mal, sentem-se culpabilizadas, o que em casos extremos pode culminar ao suicídio (A PONTE, 2014, p. 13).

Retraimento social: A APONTE (2014, p. 13), explica que o indivíduo com esquizofrenia se afasta mais dos amigos e familiares por sentir-se mais seguro quando se encontra sozinho.

Sintomas Cognitivos

Os sintomas cognitivos estão ligados às funções mentais superiores, como memória, inteligência, linguagem e a percepção e todas as funções necessárias ao seu processamento. As modificações da atenção, da memória, da aprendizagem, do exercício executivo, da linguagem da capacidade de abstração, da flexibilização do pensamento e da tomada de decisões, são sintomas cognitivos encontrados nos utentes esquizofrénicos (Palmeira, Geraldes & Bezerra, 2013, p. 143).

1.2.3. Subtipos de Esquizofrenia

Os subtipos de esquizofrenia definem-se pelos sintomas predominantes aquando da avaliação. É possível distinguir cinco subtipos DSM-IV (2002, p. 313), quais sejam:

i) Tipo paran

É marcado essencialmente pela presença de ideias delirantes ou alucinações auditivas e relativa preservação das funções cognitivas e do afeto. As ideias delirantes são particularmente de grandeza, persecutórias, ou ambas, mas ainda podem aparecer ideias delirantes relacionadas com outra temática como o ciúme, místicas ou somatização (DSM – IV, 2002, p. 313).

O quadro clínico dominante são os delírios, na maioria das vezes os tipos paranóides são seguidos por alucinações, podendo ser na maioria auditivas. Estas ameaçam o paciente dando-lhe ordens ou ainda as auditivas sem conteúdo verbal e as alucinações olfativas, gustativas e sensações sexuais. As alucinações corporais são menos predominantes (Matos, Bragança & Sousa, 2003, p. 74).

ii) Tipo desorganizado ou hebefrénico

Nesse tipo de esquizofrenia as características que predominam mais são: atitude desorganizada, discurso desorganizado e afeto inadequado ou insensível. Comportamento infantil e risos que na maioria das vezes não estão relacionados com o contexto do discurso levando a comunicação desorganizada. O comportamento desorganizado relativamente à ausência de objetivos determinados pode desencadear grave disfunção na habilidade para exercer tarefas do quotidiano, como cuidar da higiene pessoal, do vestuário ou da alimentação (DSM – IV, 2002, p. 314).

Afonso (2010, p. 47), elucida que os sintomas afetivos e as alterações do pensamento são os que predomina mais neste tipo de esquizofrenia. E as ideias delirantes mesmo presentes, são desorganizadas e desordenadas e o contato do doente com a realidade é muito pobre, dificultando-o de regressar as faculdades mentais.

iii) Tipo catatónico

O tipo catatónico é marcado principalmente por atividade exagerada, mudança psicomotora que pode levar a imobilidade motora, negativismo extremo, movimentos voluntários particulares, ecolalia ou ecopraxia, podendo existir uma forma extrema de negativismo, apresentadas pela postura rígida do utente contra todas as hipóteses de ser movido ou com obstáculo a todas as instruções. As particularidades dos movimentos voluntários são expressadas por posturas inadequadas ou bizarras ou por trajetos dominantes (DSM – IV, 2002, p. 315).

A forma desse tipo de esquizofrenia é rara e é representado por sintomas motoras e modificação das atividades que, poderão ir desde o estado acinético à excitação. Os esquizofrénicos catatónicos riem-se sem motivos aparente, apresentam movimentos repetitivos sem significados, podem ainda repetir palavras do interlocutor (ecolalia) ou dos seus movimentos (ecopraxia) (Afonso, 2010, p. 47).

iv) Tipo indiferenciado

Das principais características do tipo indiferenciado da esquizofrenia, destaca-se a presença de sintomas que não completam o critério dos tipos paranóide, desorganizado ou catatônicos (DSM – IV, 2002, p. 316).

O diagnóstico deste tipo de esquizofrenia é feito de acordo com os critérios da esquizofrenia, mas que não se adequa a qualquer um dos subtipos paranóide, hebefrénico e catatónico e o diagnóstico é realizado só se incluir as formas atípicas de esquizofrenia (Matos, Bragança & Sousa, 2003, p. 73).

v) Tipo residual

A esquizofrenia do tipo residual é identificada quando se deteta pelo menos um episódio da esquizofrenia, visto que no quadro clínico não existe certeza de sintomas positivo psicóticos predominantes como alucinações, ideias delirantes, comunicação ou atitude desorganizado. Há evidência de que as perturbações são manifestadas quando há presença de sintomas negativos ou de dois ou mais sintomas positivos reduzidos. No caso de ideias delirantes ou alucinações estiveram presentes, não são dominantes e, nem unidas por afeto forte (DSM – IV, 2002, p. 316).

Os sintomas encontrados nesse tipo de esquizofrenia são insuficientes para elaborar um diagnóstico de um outro tipo de esquizofrenia. Os sintomas negativos são os que predominam mais, visto que os doentes se isolam da sociedade, devido as dificuldades em expressar emoções e sentimentos e, o discurso é muito débil (Afonso, 2010, p. 48).

1.2.4. Fases da Esquizofrenia

Segundo Townsend (2011, p. 508), a esquizofrenia pode ser vista em quatro fases:

i) fase pré-mórbida; ii) fase prodrómica; iii) esquizofrenia; e, iv) fase residual.

i) Fase pré-mórbida: é indicada por uma etapa de funcionamento normal, onde podera surgir eventos que podem ajudar no desenvolvimento prévio da doença (Lehman cit por Townsend 2011, p. 508).

A etiologia envolve a história familiar psiquiátrica, défice neuro-comportamentais como pouca coordenação motora e complicações perinatais e obstétricas. As personalidades e as dimensões comportamentais observadas nesta fase parecem ser muito tímidos e isolados, onde poderá existir fracas relações com pares, fracos rendimentos escolares e demonstrar comportamentos anti-sociais (Townsend, 2011, p. 508).

Os sinais e sintomas desta fase sucedem a fase prodrómica da doença, e surgem antes do processo patológico tornar-se visível. A primeira hospitalização é considerada o começo do transtorno, em que sinais e sintomas estiveram frequentemente durante meses ou mesmo anos e as primeiras queixas talvez foram relacionadas a sintomas somáticos, como cefaleia, dor lombar ou muscular, fraqueza e problemas digestivos. Nessa fase o indivíduo cria certo interesse por pensamentos abstratos, filosofia, ocultismo ou questões religiosas (Moura, 2009, p. 10).

ii) Fase Prodrómica: está relacionada com determinados sinais e sintomas que originam as manifestações específicas e aguda da doença completamente expandida. Esta fase inicia-se com uma modificação do funcionamento pré-mórbido e alarga-se até ao início dos sintomas psicóticos abertos, podendo durar algumas semanas ou meses. No entanto, muitos estudos revelam que a duração media dessa fase situa-se entre os 2 e 5 anos (Townsend, 2011, p. 508).

Por outras palavras, Ribeiro e Borges (2005, p. 58), referem que está fase é caraterizado por redução da disfunção social e sintomas inespecíficos. Ao longo da esquizofrenia uma quantidade substancial da incapacidade aparecem antes dos sintomas psicóticos positivos manifestarem-se.

Em alguns casos a esquizofrenia começa com uma psicose precoce ou uma fase prodrómica, em que muitos indivíduos podem apresentar a psicose ou a fase e, não desenvolver a esquizofrenia, enquanto outros podem desenvolver a esquizofrenia mesmo sem nunca ter apresentado esses sinais nem essa fase sendo assim, ficam sem opção para tratamento precoce (A PONTE, 2014, p. 11).

iii) Esquizofrenia: os sintomas psicóticos são predominantes nessa fase ativa da perturbação (Townsend, 2011, p.508). Em relação a esta fase existe modificação na forma e na matéria do pensamento, distorções da percepção, inadequação do afeto, modificação do juízo, declínio cognitivo e de actividade social (Moura, 2009, s. p).

iv) Fase residual: a fase ativa acompanha a fase residual da doença, pois ao longo desta fase, os sintomas da fase aguda não estão presentes e nem salientes. Se os sintomas negativos se manter a afeção e a perturbação pode ser anormal no funcionamento. Entre episódios de psicose ativa, a perturbação residual aumenta regularmente (Townsend, 2011, p. 509).

Na fase ativa deteta ausência de sintomas, mas, há evidência de perturbação como, a existência de crenças bizarras, experiências perceptuais incomuns, afeto inadequado. O diagnóstico envolve a identificação de uma combinação de sinais e sintomas relacionadas com prejuízo no funcionamento ocupacional ou social (Moura, 2009, s. p).

Afonso (2010, p. 53), apresenta uma outra perspetiva da evolução da esquizofrenia, vista em 3 fases:

i) Fase Aguda: os sintomas positivos e negativos são predominantes nesta fase. Portanto os utentes durante a consulta de Psiquiatria vão acompanhados dos seus familiares e, isto faz com que o utente tenha uma evolução bastante notável, de modo a evitar o internamento, mas quando o utente não tem consciência do seu estado de saúde, torna-se difícil aderir a terapêutica farmacológica e de aceitar o internamento.

ii) Fase de Estabilização: determina a terapêutica farmacológica, de modo a melhorar e controlar os sintomas psicóticos a fim de prevenir as recaídas. Nesta fase o psiquiatra tem como objetivo alterar a medicação na medida que, alguns sintomas não fazem efeitos na medicação. A medicação é fundamental para prevenir as recaídas, por isso a fase de manutenção pode levar muito tempo.

iii) Recaída: Nessa fase de tratamento o essencial é aumentar a fase de estabilização, pois as recaídas não são fáceis de evitar e, podem regressar à fase mais aguda da doença. A agressividade, medo, agitação, ideias estranhas ou comunicação ilógica, o descuido da higiene pessoal ou aparência, abuso de álcool ou outras substâncias são os sinais de recaídas detetados.

1.2.5. Primeiro Episódio da Esquizofrenia

O indivíduo começa a ter os sintomas, sente que algo de errado está acontecendo à sua volta, mas não consegue dizer o que é, não tendo consciência de que está adoecendo, por isso, é necessário diagnosticar o primeiro episódio da esquizofrenia a fim de diminuir o sofrimento tanto no utente como na família, mantendo assim uma boa recuperação (APONTE, 2014, p. 11).

Certas situações que o paciente está envolvido podem ser fatores que levam ao início e aparecimento da doença. O processo da esquizofrenia pode levar anos e as intervenções são importância para contribuição de um tratamento adequado da doença (Palmeira, Geraldês & Bezerra, 2013, p. 83).

Os primeiros surtos psicóticos são recentemente áreas utilizados na investigação clínica em psiquiatria que estão crescendo e, a sua epidemiologia é pouco percebida, visto que existe poucos estudos organizados (Carreiro & Martins, 2008, p. 99).

O termo psicótico está relacionado a um estado da mente quando a pessoa perde ligação com a realidade do mundo em que vive, pode estar associado às várias doenças psiquiátricas, pois não faz parte só da esquizofrenia. A psicose pode ser um surto determinado pelo aparecimento de delírios e alucinações (Palmeira, Geraldês & Bezerra, 2013, p. 73).

Com o aparecimento dos delírios ou alucinações o indivíduo perde a competência de apreciação da realidade acreditando-se mais nas vivências internas do que na verdade externa. O surto psicótico acontece quando os delírios e alucinações aparecem e quando a família se apercebe da doença (Palmeira, Geraldês & Bezerra, 2013, p. 73).

As intervenções são fundamentais no primeiro episódio do transtorno, pois o prognóstico do utente é influenciado negativamente devido a demora na procura do

tratamento, podendo ocasionar uma ruptura extraordinária nos níveis psíquico, físico e da rede social do doente (Giacon & Galera 2005, p. 287).

Os mesmos autores (2005, p. 287) referem que é relevante conhecer quais são as intervenções que poderão ser úteis no tratamento do primeiro surto da esquizofrenia, de modo a ajudar o indivíduo e a sua família a lidarem com os seus problemas e os estigmas relacionados ao transtorno.

Os utentes do primeiro surto esquizofrénico devem ser incentivados pela enfermagem a utilizar recursos que estão disponíveis na sociedade como atividades em grupos, trabalhos voluntários, exercícios físicos e lazer, para uma melhor aceitação da doença, adesão ao tratamento e melhor reabilitação social (Giacon & Galera 2005, p. 290).

1.2.6. Diagnóstico da esquizofrenia

Dada a complexidade da doença, o seu diagnóstico deve ser feito através da execução de uma série de avaliações ao utente, efetuadas por um psiquiatra, relativamente a sua experiência, o tempo da evolução dos sintomas e o impacto destes na vida do utente (A PONTE, 2014, p. 14).

O psiquiatra deve averiguar se os sintomas do utente estão conforme os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia descritos no DSM ou na *Classificação Internacional das Doenças* (CID-10) (APONTE, 2014, p. 14).

Assim sendo, o diagnóstico da esquizofrenia é determinado quando os sinais e os sintomas que foram reunidos na história clínica do utente corresponderem aos critérios de diagnóstico para essa patologia, se os sinais e sintomas recolhidos estiveram relacionados com outra patologia, o diagnóstico de esquizofrenia não será estabelecido, visto que os sinais e sintomas utilizados para o diagnóstico da esquizofrenia podem estar relacionadas com outras doenças (Matos, Bragança & Sousa, 2003, p. 57).

O diagnóstico de esquizofrenia é basicamente clínico, pois permite identificar e compreender os sinais e os sintomas que o observador reuniu em relação ao utente, seus familiares e/ou conhecidos. Portanto, muitas vezes os exames auxiliares são solicitados para

eliminação de outros diagnósticos e não para confirmar o diagnóstico da esquizofrenia (Matos, Bragança & Sousa, 2003, p. 57).

Nesta mesma perspetiva Giacon e Galera (2006, p. 288), acrescentam que, o diagnóstico diferenciado deve ser efetuado de acordo com cada paciente, respeitando a sua entidade. Ou seja, conforme defende Carvalho (2012, p. 55), o diagnóstico deve ser sensível em relação ao conjunto de dados divulgados pelas pessoas e não de acordo com maior ou menor interpretação que a pessoa faz dos dados. Os dados devem ser efetuados sem algum fundamentalismo e integrando a pessoa na avaliação destes.

1.2.7. Tratamento da esquizofrenia

O tratamento da Esquizofrenia assenta em três vertentes principais: o tratamento psicológico, o tratamento social e o tratamento farmacológico (na fase psicótica aguda e na manutenção da patologia) (Albano, 2012, p. 82).

De acordo com Palmeira, Geraldês e Bezerra (2013, p. 19), quanto mais cedo o utente iniciar o seu tratamento, melhor são os resultados para alcançar uma boa recuperação.

Giacon e Galera (2006, p. 288), partilham a ideia de que a assistência deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar, composta por (médicos psiquiatras, terapeuta ocupacional, psicólogos, enfermeiros especializados em psiquiatria e assistente social), dando um seguimento adequado com a finalidade de evitar recaídas bem como, contribuir para o utente e sua família entrentar o diagnóstico.

Tratamento não farmacológico (psicológico)

Dentre as intervenções psicológicas, Townsend sugere:

Psicoterapia individual – dirige a pessoa para a realidade e o foco principal é refletir para reduzir esforços, ansiedade e aumentar a confiança, visto que muitas vezes é difícil estabelecer uma relação com as PDE, pois são solitárias e protegem-se contra a privacidade e a segurança, mas uma interação bem-sucedida pode ser alcançada com franqueza,

honestidade e, simplicidade de modo a respeitar a privacidade e a dignidade humana do utente (Townsend, 2011, p. 527).

Nos utentes com esquizofrenia a psicoterapia individual pode levar muito tempo, e os prestadores de cuidados devem ter paciência e ser capazes de aceitar que muitas vezes mudanças desejáveis podem não ocorrer (Townsend, 2011, p. 527).

Terapia de grupo – é útil nas PDE em ambulatórios e com tratamentos farmacológicos. A terapia de grupo durante o internamento é menos produtiva, uma vez que o internamento hospitalar acontece quando os sintomas e as desordens sociais são graves. A terapia de grupo no início do tratamento pode ser desaconselhada (Townsend, 2011, p. 527).

Terapia comportamental – é útil para ajudar o utente a modificar comportamentos indesejáveis ou diminuir a frequência de comportamentos bizarros, desviantes e perturbadores e ainda aumentar os comportamentos adequados, através do recurso a reforços positivos e negativos (Townsend, 2011, p. 527).

Tratamento social

Terapia familiar – Esta modalidade terapêutica consiste num breve programa de orientação direcionada para a família em relação a esquizofrenia, este programa permite reduzir as manifestações de conflitos, mudar os padrões de comunicação e resolução de problemas no seio familiar e fundamenta-se no pressuposto de que a esquizofrenia é uma patologia de toda a família, pelo impacto considerável relativamente ao estado da saúde mental dos parentes quando algum membro da família apresenta a doença (Townsend, 2011, p. 528).

A terapia familiar permite que todos os membros tenham uma relação de interdependência uns com os outros, que trabalham em conjunto para resolução dos problemas e que sejam responsáveis na tomada de decisões, permitindo assim continuar a progredir ao longo do seu ciclo de vida (Machado, 2012, p. 2).

Tratamento comunitário assertivo – refere-se a um programa de gestão de casos em que existe uma equipa para prestar tratamento psiquiátrico, reabilitação e apoios vasto na comunidade com doentes mentais graves como é o caso da esquizofrenia (Townsend, 2011, p. 528).

Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico da esquizofrenia assenta essencialmente na administração de medicamentos antipsicóticos que visam melhorar os sintomas e auxiliar o utente no convívio normalmente na sociedade (Alves & Silva, 2001, p. 12).

“Como qualquer outro medicamento, os antipsicóticos também apresentam efeitos colaterais, que são de tipo motor, hormonal e autonómico. Os principais efeitos colaterais ocorrem no *sistema motor extrapiramidal*, produzindo sintomas de parkinsonismo (caracterizado por rigidez muscular, tremores, redução da expressão facial e lentidão de movimentos), acatisia (sentimentos de desassossego, inquietação, ansiedade e agitação), discinesia tardia (movimentação repetitiva e incontrolável na região da boca e lábios, às vezes em outra parte do corpo), distonia aguda (espasmo muscular dos olhos, língua, pescoço e tronco), “síndrome neuroléptica aguda” (caracterizada por rigidez muscular, febre, sudorese excessiva e alterações do batimento cardíaco e da pressão arterial)” (Alves e Silva, 2001, p. 12).

De acordo com Giacon e Galera (2005, p. 288), os antipsicóticos são também chamados de neurolépticos, sendo assim, existem dois tipos destes medicamentos: os típicos ou convencionais e os atípicos ou recentes.

Os antipsicóticos típicos ou convencionais/ primeira geração são antagonistas da dopamina que tem como função reduzir os sintomas positivos, tais como alucinações, delírios, pensamento incoerente. Os efeitos iatrogénicos que produzem são extrapiramidais, que têm como sintomas básicos transtornos dos movimentos como parkinsonismo (tremor, rigidez e bradicinesia), distonia e acatisia. (Giacon & Galera, 2005, p. 289).

É de salientar que, se os antipsicóticos típicos foram utilizados de forma prolongada e incorreto, poderão levar a uma disfunção crónica e irreversível – discinesia tardia – que tem efeito colateral extrapiramidal. A não-adesão ao tratamento psicofarmacológico é muitas vezes justificado pelos efeitos colaterais desse grupo de medicamentos (Giacon & Galera,

2005, p. 289), de que são exemplos: Flufenazina, Clorpromazina, Flupentixol, Haloperidol, Loxapina, Perfenazina e Tioridazina (Afonso, 2010, p. 78).

Os antipsicóticos atípicos ou recentes impedem os recetores da dopamina e serotonina de atuar, com o objetivo de melhorar os sintomas positivos, de modo a contribuir no tratamento dos sintomas negativos, em que seus efeitos extrapiramidais não são significativos. O efeito colateral mais significativo desse grupo de medicamento é o aumento do peso e, deve ser sempre observado. A Clozapina, Risperidone e o Olanzapina são os medicamentos essenciais desse grupo (Giacon & Galera, 2005, p. 289).

Os antipsicóticos de nova geração têm a finalidade de substituir os outros, no primeiro episódio do tratamento da esquizofrenia, pelo facto de doses mais baixas e, possivelmente, menos efeitos colaterais. O único antipsicótico de nova geração que não se recomenda para o início do tratamento é a clozapina, por seus efeitos colaterais serem mais agravantes (Giacon & Galera, 2005, p. 289).

Os antipsicóticos atípicos de segunda geração são: Amisulprida, Aripiprazol, Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Sertindol e Ziprasidona (Afonso, 2010, p. 78).

Os fármacos utilizados no tratamento da esquizofrenia no SSM do HBS são essencialmente: Risperidona (2mg Cp), Olanzapina (20mg Cp), Haloperidol (5mg Cp e Inj), Clorpromazina (100mg Cp, 50mg e Inj), Levopromazina (100mg, 25mg Cp,) e Prometazina (25 Inj e 50mg Cp). Os dois primeiros são antipsicóticos atípicos e os restantes antipsicóticos típicos.

São utilizados também ansiolíticos e sedativos, sendo o Diazepam (5mg, 10mg Cp e 10mg Inj) o mais utilizado. Como coadjuvante recorre-se a Levopromazina, que apesar de ser um antipsicótico, tem um efeito sedativo elevado na pessoa com esquizofrenia especialmente quando é desejado uma redução das atividades psicomotoras.

Ainda é utilizado o Biperideno (2mg Cp e Inj) que é um anti parkinsoniano utilizado para prevenir síndromes parkinsonianas induzidas por neurolépticos.

As informações sobre o tratamento farmacológico da esquizofrenia no SSM do HBS foram obtidas numa entrevista informal com o psiquiatra e o enfermeiro do serviço.

1.3. Implicações da Esquizofrenia no Acometido

A esquizofrenia tem um impacto considerável na vida das pessoas. Muitas pessoas têm um episódio psicótico, não se sentem bem, mas mesmo assim tentam manter o seu bem-estar. Outros ficam bem por algum tempo, mas depois podem ter recaída e outros episódios psicóticos. Os sintomas da esquizofrenia para muitas pessoas permanecem durante a vida (A PONTE 2014, p. 16).

Os sintomas no início são estranhos e horríveis para as PDE, assim como para os seus familiares e amigos. Amigos e família muitas vezes oferecem cuidados para as pessoas com esquizofrenia, mas esta experiência pode ser desafiante na maioria das vezes para os prestadores de cuidados, afetando áreas da sua vida, especificamente a sua capacidade em manter emprego (A PONTE 2014, p. 16).

O estigma é considerado como um dos fenómenos que mais afeta a saúde pública e constitui uma barreira para a recuperação do utente. Pois o indivíduo ao ser estigmatizado sente como um ser sem valor perante a sociedade e, isso pode leva-lo a depressão tendo assim as recaídas, dificultando o processo de recuperação (Bento, 2014, p. 2-3).

Muitas vezes mesmo estabilizados não encontram emprego devido os preconceitos, e os estigmas da sociedade. Não conseguem manter relações sociais e vínculos emocionais dificultando o processo essencial para manter a QV da PDE (A PONTE, 2014 p. 7).

Segundo Amaro (2005, p. 163), o indivíduo afetado pela esquizofrenia vive na dependência da família ou de instituições públicas de assistência, os custos económicos são elevados, bem como os custos psicossociais para o indivíduo e para as suas famílias, pois além de satisfazer as necessidades do indivíduo perturbado, aguenta todas as tensões e os conflitos consequentes do distúrbio.

1.4. Qualidade de Vida

Etimologicamente a palavra qualidade deriva do latim «*qualis*» que significa o modo de ser característico de alguma coisa, tanto considerado em si mesmo, como relacionado a outro grupo, podendo, assim, assumir tanto características positivas como negativas (Santin, cit por Pereira, Teixeira & Santos, 2012, p. 241).

Parece claro que a qualidade de vida, refere-se a algo positivo. No entanto, não se trata de um tema de fácil compreensão visto que ainda apresenta muitas imprecisões conceituais. O conceito tem sido adotado em virtude da área de interesse como sinónimo de saúde, felicidade e satisfação pessoal, condições de vida, estilo de vida, etc. e seus indicadores variados consoante o interesse das pesquisas científicas (Pereira, Teixeira & Santos, 2012, p. 241).

A QV foi definida pelo Grupo Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde como a ideia que o indivíduo tem em relação a posição que ocupa na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações que ele vive (Fleck, 2000, p. 35).

Atualmente, o mais aceito de todos os conceitos é o alvitado pela OMS no qual reflete a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, independente do seu estado de saúde físico ou das condições sociais e económicas (OMS, Pereira, Teixeira & Santos, 2012, p. 241). Este conceito reflete uma abordagem amplamente holística.

A QV é assim um conceito vasto que integra aspetos que existem na vida de um indivíduo como emprego, família, ambiente e muitas outras condições da vida, que precisam ser levadas em consideração (Souza & Coutinho, 2006, p. 51).

A QV é uma ideia altamente humana que, inclui muitos significados transmitindo saberes, experiências e valores dos indivíduos. Esses significados conduzem momento histórico, a classe social e a cultura que o indivíduo pertence (Dantas, Sawada & Malerbo 2003, p. 533).

A QV tem um carácter subjetivo, diferença de indivíduo para indivíduo, abrange um carácter objetivo e diz respeito a maneira como cada indivíduo se sente física e psicologicamente, relativamente ao meio envolvente (Couvreur, 2001, p. 21).

Segundo Bayés (cit por Geraldés et al., 2013, p. 57) a QV poderá ser entendida como um juízo subjetivo da satisfação de modo a alcançar uma sensação de bem-estar pessoal, relacionadas a delimitados indicadores biomédicos, psicológicos, comportamentais e sociais. Não é fácil de avaliar, uma vez que está associada a variantes importantes como o estado de

saúde, as condições de habitação, as manifestações culturais, a satisfação profissional e a ocupação dos tempos livres (Matos, Bragança & Sousa, 2003, p. 164).

Souza e Coutinho (2006, p. 52) elucidam que, quando se fala em QV, deve-se ter em conta a QV do indivíduo sobretudo relacionado com a saúde física, psicológica e social a fim de ajudar este a manter o seu bem-estar dentro dos aspetos negativos da saúde, como na presença dos positivos.

A QV do indivíduo está associada com o bem-estar subjetivo em que engloba aspetos biológicos e psicológicos, possibilitando o bem-estar emocional, com a consciência das próprias capacidades e incapacidades, desencadeando sono e descanso apropriado e satisfatório geral relativamente à sua vida. Também a QV está interligada com a relação que o indivíduo tem com o seu meio social e ambiental (Freitas et al., 2016, p. 61).

O termo QV é muito vasto e é utilizado em diversos domínios, tais como a educação, a economia, a enfermagem, a sociologia, a psicologia, entre outros (Almeida, 2013, p. 21).

1.4.1. A Qualidade de Vida e a Esquizofrenia

A esquizofrenia é considerada uma das doenças mais graves em saúde mental, por afetar significativamente a QV dos utentes em diversos domínios da sua vida (Cardoso et al, 2006, p. 1303).

Questões como pobreza, isolamento social e segurança pessoal são as preocupações pessoais dos utentes depois de regressarem do hospital psiquiátrico, assim como os seus familiares, gestores de saúde e profissionais de saúde (Souza & Coutinho, 2006, p. 51).

O suporte social assim como a dimensão ocupacional são referidos como fatores de prevenção e promoção de saúde, que permitem ter uma melhor QV e uma melhor compreensão do bem-estar da PDE (Pereira, 2012, s. p).

Segundo Souza e Coutinho (2006, p. 51) o interesse na QV de PDE iniciou com uma dimensão da crescente inquietação com o regresso dos doentes mentais crónicos à comunidade, e devido a ocorrência do movimento de desinstitucionalização que remonta aos anos 60 e 70 nos países desenvolvidos ocidentais.

A QV dos PDE é evidentemente implicada tanto pelos recursos a terapêuticas crónicas desprevenidas de efeitos colaterais como as próprias manifestações da doença que conduzem ao isolamento social, as reformas precoces, a falta do contato e das trocas afetivas e dos internamentos prolongados na maioria das vezes (Matos, Bragança & Sousa, 2003, p. 164).

A QV das PDE é de grande importância visto que todo o utente com esse distúrbio mental merece o respeito de todos para alcançar uma vida digna, com saúde, assistência e acompanhamento (Pereira, 2012, p. 13).

1.5. Esquizofrenia e Assistência de Enfermagem na Promoção da Qualidade de Vida

Os enfermeiros são os que passam mais tempo com as pessoas com esquizofrenia nas unidades de internamento psiquiátrica, estão integrados em toda as atividades que estes executam durante a fase de internamento. O utente deve ser motivado a realizar as suas atividades diárias de forma independente e autónomo (Townsend, 2011, p. 206).

O enfermeiro é responsável para ajudar os utentes e as famílias a reconhecer e a controlar os sintomas de modo a estimular o autocuidado, reduzir o impacto e a gravidade das recaídas, orientando sobre a medicação, a eficácia de fazer o tratamento e as atividades acessível pelos serviços da rede social que fazem projeções para o futuro apoiando-se no presente a fim de proporcionar uma melhor QV (Gusmão et al, 2014, p. 19).

O enfermeiro através da sua experiencia e habilidades técnicas, pode fazer com que o cuidado seja prestado de forma mais adequada e preceber a importância de elaborar assistência sistematizada de forma individual e de relacionar-se com as necessidades do paciente e da família. A assistência de enfermagem deve ser realizada de modo particular, pois sabe-se que o utente com esquizofrenia esquizofrenia é um ser humano que tem alterações emocionais e comportamentais, sendo assim o enfremeiro contribuirá para ajudar o utente com esquizofrenia nos seus obstáculos e desafios que enfrenta durante a sua vida, podendo aceitar assim as suas limitações e obstáculos (Faria & Chicarelli, 2009, p. 32).

No internamento psiquiátrico os enfermeiros são responsáveis pela administração de medicamentos e, na hora da medicação, os mesmos devem certificar que estes foram ingeridos pelos utentes pois muitas vezes simulam a toma (Townsend, 2011, p. 205).

Conforme Giacon e Galera (2005, p. 290), a enfermagem psiquiátrica basea-se no contato interpessoal entre enfermeira-paciente, em que são analisados os aspetos biopsicossociais do ser humano. Relativamente ao aspeto biológico, a enfermagem examina os efeitos colaterais da medicação e acompanha de uma forma geral a saúde do paciente e da sua família.

As opiniões da equipa de enfermagem e as sugestões devem ser necessariamente levadas em conta relativamente ao planeamento do cuidado para os utentes individuais, pois os enfermeiros atuam na formulação dos objetivos de terapia e estão envolvidos nas atualizações habituais e na modificação dos planos de tratamento (Townsend, 2011, p. 204).

O mesmo autor referêcia que, o enfermeiro é responsável por avaliar o estado físico do utente de forma cuidadosa e, que não deve descuidar um *setting* psiquiátrico que destaca o cuidado holístico. No meio terapêutico os utentes que tem pensamentos desorganizados ou que estão desorientados ou confusos é importante a sua orientação.

Alguns programas de tratamento sugerem que o utente deve ter a responsabilidade de pedir a sua medicação no momento certo, embora o enfermeiro é o principal responsável por incentivar os utentes a confiarem mais em si. Pois, deve haver um trabalho de parceria entre os utente e o enfermeiro a fim de estabelecer métodos que levam a realizações e permite dar *feedback* positivo aos sucessos (Townsend, 2011, p. 206).

O mesmo autor referêcia que um aspeto essencial da enfermagem no meio terapêutico é a relação um para o outro, que desenvolve através da confiança entre o utente e o enfermeiro, pois muitos utentes com perturbações psiquiátricas têm dificuldades em alcançar a capacidade de confiança, mas se a confiança for conseguida numa relação com o enfermeiro, ela poderá ser estendida à outras relações da vida do utente.

No meio terapêutico o enfermeiro tem a responsabilidade de estabelecer limites aos comportamentos que não são aceites, isto é, dizer ao utente de forma clara quais são os comportamentos não aceitavel e o resultado no caso destes serem violados (Townsend, 2011, p. 206).

Segundo Gusmão e colaboradores (2014, p. 19), a função maior do enfermeiro é o cuidar, melhorando o bem-estar físico, mental e social do indivíduo e a sua recuperação, independente da classe social, cor, sexo, raça, religião ou a origem do utente.

A principal função da enfermagem é prestar melhor assistência ao utente portador de esquizofrenia, permitindo fornecer comunicação, a fim de compreender melhor o utente, originando um tratamento a nível pessoal e com cuidados mais adequados para a terapêutica da PDE, melhorando assim a QV deste (Gusmão et al., 2014, p. 19).

A enfermagem através das suas formas de prestar cuidado e a sua assistência permite a pessoa com esquizofrenia inserir melhor na sociedade (Faria & Chicarelli, 2009, p. 30).

A pessoa com esquizofrenia deve ser vista pelo enfermeiro como uma pessoa única que é portadora da patologia, na qual indica sintomas e sentimentos causados pelo distúrbio. Portanto os enfermeiros devem atuar para melhorar os sintomas da doença e inserir o utente na sociedade, assim seus cuidados serão direcionados unicamente ao tratamento do utente melhorando a sua QV (Gusmão et al., 2014, p. 21).

O enfermeiro ao prestar assistência de enfermagem as pessoas com esquizofrenia, deve ser capaz de revelar grande influência nos seguintes aspetos: o empírico, com ênfase no cuidado baseado no senso comum; o científico, à procura do conhecimento sobre as patologias para estabelecer o processo de trabalho e a autoritária, apontando limitações de autonomia articulada (Gusmão et al., 2014, p. 21).

Ainda segundo os mesmos autores o enfermeiro deve conhecer muito bem a QV do utente de modo a ajudá-lo a entender melhor o impacto da doença e a assistência de enfermagem ao seu bem-estar global.

CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA

2. FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

Neste capítulo apresenta-se a metodologia de investigação utilizada no presente estudo, o desenho metodológico que será utilizada ao longo do trabalho com o intuito de dar resposta aos objetivos estabelecidos. Apresenta-se o tipo de estudo, os instrumentos de recolha de dados, os participantes do estudo, os procedimentos metodológicos e uma análise dos resultados obtidas através das entrevistas.

A metodologia é um método importante no processo de investigação pois permite ao investigador determinar os meios para realizar a investigação de modo a possibilitar a credibilidade das respostas pretendidas, a compreensão da realidade e o fenómeno em estudo.

O trabalho segue as normas de redação do conselho científico da Universidade do Mindelo e é redigido com base no novo acordo ortográfico.

O campo empírico apresentado é o serviço de saúde Mental do hospital Baptista de Sousa e as residências das PDE não institucionalizadas.

2.1. TIPO DE ESTUDO

Para pôr a questão de investigação à prova, conduziu-se um estudo do tipo descritivo e exploratório em que o problema de investigação será abordado de forma qualitativa, a filosofia de pesquisa é fenomenológica, a lógica de pesquisa é indutiva e, no que diz respeito ao horizonte de tempo, trata-se de um estudo de carácter transversal.

O estudo é descritivo na medida em que permite observar, analisar, identificar e registrar fatos ou acontecimentos que ocorreram numa dada população. No estudo descritivo o pesquisador não pode intervir no estudo, deve somente descobrir com qual frequência que o fenómeno acontece. Já a pesquisa exploratória permite ao investigador a descoberta científica e a ilustrar os fatos.

Neste estudo utiliza o estudo descritivo com o intuito de descrever, analisar e identificar as intervenções de enfermagem promotoras da QV da pessoa com esquizofrenia.

Relativamente a metodologia qualitativa o investigador pretende averiguar um conjunto de técnicas na qual procura obter resultados aprofundados através do contato direto com as pessoas com esquizofrenia de modo a entender a sua QV.

Quanto à filosofia de pesquisa, trata-se de um estudo fenomenológico que procura entender a vivência das pessoas com esquizofrenia. A fenomenologia não importa com a explicação do fenómeno, mas sim de compreender como essas pessoas percebem o mundo ao seu redor.

O estudo é de carácter transversal na medida em que a medição do problema foi feito no único momento pelo investigador

2.2. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Neste estudo, utilizou-se como método de recolha de dados a entrevista semiestruturada e o questionário-entrevista.

2.2.1. Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada é utilizada frequentemente na medida em que o investigador deseja obter informações mais aprofundadas sobre um determinado fenómeno vivenciado, efectuando assim visitas constante aos entrevistados com a intensão de recolher dados quanto a questão de investigação elaborada. Essa entrevista é utilizada particularmente em estudos qualitativos.

Neste estudo, formulou-se um conjunto de questões com base na literatura sobre o tema em questão e, serviram-se as questões para elaborar dois guiões de entrevistas com o objetivo de orientar as entrevistas: 1 guião com perguntas que foram dirigidas às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em fase de estabilização (cf. Apêndice I) e um outro com perguntas dirigidas aos enfermeiros do SSM do HBS (cf. Apêndice II).

2.2.2. Questionário-entrevista

O questionário-entrevista é um instrumento que possibilita ao investigador recolher informações reais as pessoas entrevistadas sobre acontecimentos, sentimentos, crenças, conhecimentos, opiniões e atitudes com o intuito de obter dados as questões de investigação formulada. Os participantes devem responder as perguntas feitas numa ordem lógica.

Conforme Fortin (2009, p. 380), o investigador pode utilizar um questionário já existente, ou elaborar o seu próprio questionário.

Deste ponto de vista, neste estudo, utilizou-se um questionário já existe, por medir precisamente a qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia e por revelar confiável em vários estudos já utilizados. De referir que não existem estudos feitos com o instrumento no contexto nacional.

Trata-se da *Escala de Avaliação da Qualidade de Vida para Pacientes com Esquizofrenia* – QLS-BR (cf. Anexo I).

A escala, originalmente *The quality of life scale*, foi desenvolvida por Heinrichs, Hanlon e Carpenter, em 1984. A adaptação transcultural para o Brasil foi feita por Cardoso, em 2001.

Segundo Cardoso (2005, p.24), a escala QLS-BR pretende avaliar a QV de utentes não hospitalizados, com diagnóstico de esquizofrenia, independente da ausência ou presença de sintomas produtiva ou necessidade de hospitalização. Ela investiga as limitações na vida do utente, resultantes de *déficits* psicopatológicos ou de personalidade, avaliando a experiência pessoal dos utentes sua produtividade em papéis ocupacionais e a qualidade de suas relações interpessoais.

A escala tem uma estrutura dimensional composta por um total de 21 itens, distribuídos em três fatores: Fator 1 – rede social, Fator 2 – nível ocupacional e Fator 3 – funções intrapsíquicas e relações interpessoais. Os itens contêm informações sobre o funcionamento do paciente que deve referir às três últimas semanas precedentes à entrevista, relatando aspetos particulares da vida do paciente, tais como, relacionamentos íntimos familiares, afastamento social, funcionamento e satisfação ocupacional, motivação, entre outros (Cardoso, 2005, p.25).

O instrumento deve ser respondido durante um encontro, numa situação de privacidade, sem a presença de familiares, cônjuge ou amigos. Assemelha-se à uma entrevista semiestruturada, e deve ser dirigido por um profissional de saúde treinado e a entrevista deve ter uma duração aproximada de 45 minutos (Cardoso, 2002, p.2).

O mesmo autor refere ainda que o entrevistador deve avaliar cada questão durante a entrevista com o utente e, depois de obter as informações necessárias, conceder uma nota padronizada à cada questão dependendo da resposta do paciente, de acordo com uma escala de resposta de sete (7) pontos. Os escores 5 e 6 refletem funcionamento normal ou inalterado na QV, a pontuação 2 – 4 revelam prejuízo considerável e os escores 0 e 1 revelam prejuízo grave na QV.

Para avaliar a QV ligada aos aspetos específicos da vida do paciente, soma-se a média dos resultados obtidos em cada um dos três fatores. Na rede social soma-se a média dos escores obtidos nos itens (1,2,3,4,5,6,7), no nível ocupacional (9,10,11,12,17) e nas funções intrapsíquicas e relações interpessoais (8, 13,15,18,19,20,21), quando mais a média aproximar do valor seis (6) melhor será a QV em relação a esses aspetos (Cardoso, 2005, s.p).

Ainda segundo o mesmo autor se o item 1 “relações íntimas com membros da casa” e o item 12 “satisfação com o funcionamento ocupacional” foram marcados com a nota técnica nove (9), estes itens deverão receber escore equivalente à média dos demais itens que compõem os seus respetivos fatores, somando assim no Fator 1 (rede social) a média dos itens 2,3,4,5,6 e 7 e o resultado obtido será utilizado como o escore para o Item 1. No Fator 2 (nível ocupacional) soma-se a média dos itens 9, 10,11e 17 e o resultado obtido será utilizado como o escore para o item 12.

Quanto à avaliação global da QV dos utentes, soma-se a média aritmética dos resultados obtidos nos 21 itens que constituem a escala. Esta média que varia de 0 à 6, apontará o escore de QV alcançado pelos indivíduos. Quando maior o escore, melhor será a qualidade de vida.

2.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Nesse estudo participaram sete (7) pessoas não hospitalizadas, com diagnóstico de esquizofrenia, em fase estável, e quatro (4) enfermeiros do SSM do HBS.

Relativamente às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, três são do sexo masculino e quatro do sexo feminino. A idade dos participantes varia entre 29 e 65 anos e são todos solteiros. Quanto à situação de coabitação, quatro coabitam com seus familiares e os outros dois moram sós. Estão todos desempregados, mas alguns recebem uma pensão de promoção social.

Quanto ao tempo que receberam o diagnóstico, ressalta-se que dois dos participantes não conseguiram precisar o tempo de diagnóstico. Porém se lembram de que se trata já de muitos anos. De um modo geral, dos que precisaram o tempo de diagnóstico, este varia de dois aos trinta e nove anos.

Quadro 2. Dados socioemográficos dos participantes com diagnóstico de esquizofrenia

ID	Idade	Sexo	Estado civil	Habilitações literárias	Profissão	Tempo Diagnóstico
PE1	29 A	M	Solteiro	6ª Classe	D	10 Anos
PE2	46 A	M	Solteiro	9º Ano	D	2 Anos
PE3	60 A	F	Solteira	2ª Classe	D	39 Anos
PE4	65 A	M	Solteiro	4ª Classe	D	21 Anos
PE5	54 A	F	Solteira	9º Ano	D	NL
PE6	49 A	F	Solteira	5ª Classe	D	NL
PE7	44 A	F	Solteira	10º Ano	D	18 Anos

Fonte: Elaboração própria; Legenda: PE: Pessoa Entrevistada; A: Anos; D: Desempregado. M: Masculino; F: Feminino. NL: Não lembra.

Quanto aos quatro enfermeiros entrevistados, todos são do sexo masculino, com idades compreendida entre os 39 e os 57 anos. São três licenciados em Enfermagem e, um bacharel porém, licenciando.

O tempo de experiência profissional enquanto enfermeiros varia de 20 aos 36 anos de trabalho, e o tempo de serviço em Saúde Mental varia de 6 aos 24 anos de trabalho. Nenhum possui formação em saúde mental.

Quadro 3. Dados sociodemográficos e profissional dos Enfermeiros.

ID	Idade	Sexo	Habilitações literárias	Tempo de Experiência profissional	Tempo de Experiência em Saúde Mental	Formação em Saúde Mental
E1	39 A	Masculino	Licenciado	20 A	15 A	N
E2	48 A	Masculino	Licenciado	20 A	6 A	N
E3	51 ^a	Masculino	Bacharel	27 A	16 A	N
E4	57 A	Masculino	Licenciado	36 A	24 A	N

Fonte: Elaboração própria; Legenda: E: Enfermeiro; A: Anos; N: Não

2.4. DESCRIÇÃO DO CAMPO EMPÍRICO

Como referido anteriormente os participantes deste estudo são pessoas não hospitalizadas com diagnóstico de esquizofrenia e enfermeiros do SSM do HBS. Assim, as entrevistas com as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia decorreram em seus domicílios e as com os enfermeiros decorreram no serviço onde trabalham.

2.4.1. Descrição dos Domicílios

As pessoas com diagnóstico de esquizofrenia que participaram neste estudo residem em áreas bastante dispersas: Monte Sossego - Alto de casa de Água, *Morada* (Rua São João, Rua Dr. Gonçalves e Rua dos Calceteiros), Ribeirinha (*Tchetchenia* e Rua dos Calceteiros) e Ribeira Bote.

Sendo que se trata de sete domicílios localizados em zonas com características próprias, descrever-se-á em termos gerais apenas algumas condições de habitação:

Quatro dos domicílios possuem condições básicas de sobrevivência, rede de esgoto, água canalizada, eletricidade, arejamento e luminosidade moderada. Nos outros três domicílios as condições higiénicas encontram-se comprometidas. Ademais, nesses coabitam muitas pessoas e com poucos quartos, o comprometendo da privacidade dos moradores é óbvio. Esses três domicílios apresentavam uma certa desorganização e uma falta de segurança.

De um modo geral, todos os domicílios situam-se em ruas fortemente iluminadas e com fácil acesso aos meios de transportes público.

2.4.2. Descrição do Serviço de Saúde Mental do HBS

O SSM do Hospital de São Vicente encontra-se situado na parte mais antiga do hospital, afastado dos outros serviços disponíveis dessa instituição. A nível do espaço, esse serviço está estruturado em duas partes: uma onde decorrem as consultas externas, constituída por dois gabinetes para consulta de psicologia, dois gabinetes para consultas de psiquiatrias, um gabinete que funciona com secretaria do serviço, com uma casa de banho incluída, uma sala de espera com uma casa de banho fora de serviço, pelo que, em caso de necessidade os utentes deverão dirigir-se à casa de banho da enfermaria.

A outra parte é a enfermaria, constituída por duas alas: uma para os indivíduos do sexo feminino e outra para os do sexo masculino, com quatro e cinco camas e uma casa de banho, respetivamente.

Para além dessas estruturas, existe também um corredor com um armário onde se guardam os medicamentos uma escada que dá acesso à um pequeno quintal, um refeitório, uma sala de enfermagem, uma casa de banho para os funcionários e uma sala onde as entrevistas, reuniões clínicas e as atividades terapêuticas com os utentes são realizadas.

O serviço conta com três psicólogas clínicas, dois psiquiatras, cinco enfermeiros e quatro ajudantes dos serviços, formando uma equipa multidisciplinar.

2.5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para levar à cabo este estudo, foi necessário primeiramente solicitar autorização para recolha de dados no SSM do HBS. Para isso, fez-se um requerimento endereçado para a Diretora do HBS (cf. Apêndice III). Obtido o despacho da comissão de ética do HBS o investigador dirigiu-se ao SSM, onde abordou 5 enfermeiros, explicando-lhes o motivo de sua presença no espaço bem como os objetivos do estudo que se pretendia desenvolver. Desses 5 enfermeiros, apenas quatro se prontificaram a colaborar na investigação. Foi assim acertados a data e o horário das entrevistas. Estas decorreram durante o mês de Junho, em dias diferentes para cada participante, com duração média de 30 minutos e em ambiente tranquilo. As entrevistas decorreram em português, com base em um guião com perguntas previamente determinadas. Porém, a ordem das questões foi flexível, e por vezes determinada pela resposta dada à questão anterior. Antecedeu-se às entrevistas a entrega do termo de consentimento informado com informações sobre o estudo e com garantias da responsabilidade ética em investigação.

Aproveitou-se a oportunidade de estar no SSM para contactar o Enfermeiro chefe, no sentido de obter dados estatísticos relacionados com o tema (Dados descritos na problemática deste trabalho) e orientações de contato com pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

O investigador recebeu indicações de 20 sujeitos com o diagnóstico, dos quais apenas 9 foram contactados. Esse contato exigiu que o investigador se deslocasse aos domicílios de cada um dos 9 sujeitos e consistiu em explicar a razão de estar em seus domicílios assim como a natureza e o âmbito do estudo. A maioria dos participantes disse que não tinham a doença pelo que houve necessidade do investigador explicar sobre a patologia. Posto isso, as verbalizações andaram em torno do reconhecimento de que tinham uma doença mas que não sabiam de que se tratava da esquizofrenia. Nesse contato encerrou-se uma conversa informal com os participantes, onde expuseram várias dúvidas e e preocupações sobre eventuais danos que as perguntas poderiam trazer à nível pessoal. Esclarecidos sobre o assunto prontificaram-se a participar e acordou-se a data e o horário das entrevistas.

No segundo contato, oito dos contactados anteriormente receberam o termo de consentimento informado (cf. Apêndice IV) exceto um que nesse dia se encontrava

descompensado. Os que receberam o termo de consentimento livre e esclarecido deram seus consentimentos. Houve um que, por não enxergar as letras, houve necessidade do investigador avançar com a leitura mas, tendo compreendido as informações assinou o termo de consentimento. No entanto, foi demasiado superficial nas respostas às questões simples e, a medida que se avançava para questões mais complexas recusou-se continuar. Pelos motivos que levaram ao abandono, o investigador apoiou-lhe no momento e sugeriu que procurasse um profissional de saúde mental.

Assim sendo, sete (7) sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia participaram no estudo. As entrevistas, foram feitas em crioulo e tiveram uma duração média de 30 minutos, com recurso ao gravador-áudio. Após a entrevista combinava-se a aplicação do QLS-BR. Toda as instruções foram dadas e as dúvidas esclarecidas. A administração desse instrumento, durou cerca de 45 minutos para cada um dos participantes. Houve por vezes necessidade de tradução de algumas expressões para o crioulo.

Para a utilização do QLS foi solicitado autorização para sua utilização aos seus autores (cf. Apêndice V) com despacho positivo (cf. AnexoII). Dado que se trata de um instrumento cuja administração requer treino por parte do profissional de saúde que faz a sua administração, houve necessidade do investigador “pré-testá-lo” com 4 elementos da família e uma amiga e colega enfermeira.

Estando o investigador à vontade para administrá-lo, procedeu-se então à recolha de dados com as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia nos meses de Junho e Julho.

Derivado às tantas dúvidas colocadas pelos participantes. Sentiu-se necessidade de agendar com cada participante uma sessão de Educação para a Saúde, dando-lhes informações pertinentes sobre a esquizofrenia, e ofereceu-se-lhes um folheto elaborado pelo investigador, com informações sobre a doença (cf. Apêndice VI).

Após as entrevistas fez-se a transcrição e tradução crioulo-português das mesmas e o registo das respostas do QLS-R nas devidas folhas de respostas (cf. Apêndice VII)

CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA

3.1. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Primeiramente, apresenta-se os dados recolhidos com as PDE. Lembra-se que para esses participantes os dados foram recolhidos com base numa entrevista e com base no QLS-BR. Assim, apresenta-se primeiramente os dados do QLS-BR e sua análise e depois apresenta-se os dados das entrevistas.

Interpretação dos Dados da QLS-BR

Todos os participantes apresentam prejuízo considerável nos Fatores 1 (Rede social), 2 (Nível ocupacional) e 3 (Funções Intrapsíquicas e relações interpessoais), à exceção de um que, no nível ocupacional apresenta prejuízo grave.

Globalmente os dados da QLS-BR revelam prejuízo considerável na QV de todos os participantes com diagnóstico de esquizofrenia.

Interpretação dos dados das Entrevistas

Para análise dos dados utilizou-se como método a análise de conteúdo, a ferramenta para análise de dados qualitativos.

Com o objetivo de perceber melhor a QV das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e estruturar estratégias que permitam a melhoria das suas condições de vida, entrevistou-se sete (7) pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e quatro (4) enfermeiros. Os discursos dos primeiros foram analisados e organizados em nove (9) categorias e os discursos dos enfermeiros analisados e organizados em cinco (5) categorias.

Entrevistas às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia:

Categoria I – Vivência com o diagnóstico de esquizofrenia

Esta categoria mostra como os participantes vivenciam o diagnóstico de esquizofrenia. Percebe-se que não têm uma percepção clara do diagnóstico, mas percebe-se uma tentativa de dar sentido à doença quer por meio dos sintomas percebidos, quer por meio das representações que têm sobre os sintomas ou ainda pela resposta emocional que os sintomas desencadeiam. Isto pode ser sentido através dos seguintes relatos:

“Não me disseram nada sobre o diagnóstico, apenas prescreveram medicamentos... Sentia perturbado... Não sei o que é a doença.” (PE1)

“Não me disseram qual era a doença... É uma doença preocupante, não conseguia ficar de pé, sentia que ia cair por falta de força, mas com o controlo dos médicos e os remédios sinto-me melhor” (PE2).

“Não me disseram nada sobre o diagnóstico. É uma doença, porque provoca um descontrolo mental... Quando soube que era uma perturbação fiquei normal porque sabia que a doença era vinda de Deus... tinha que me conformar. Mas agora vivo tudo sob controlo, vivo normal” (PE3).

As PDE deixam transparecer ao longo dos discursos que não tem conhecimento da doença e que nunca foram explicados nada sobre a doença que os afeta, apenas os médicos prescrevem medicamentos e estes usam sem serem terem conhecimento das reações dos medicamentos, sendo assim entram em pânico quando deparam com as reações do medicamento pela primeira vez.

Mas constata-se ainda que devido ao controlo dos médicos, dos medicamentos e o tempo de diagnóstico essas pessoas acabam por interiorizar essa doença nas suas vidas, criando assim um padrão mais normalizados para conviver com essa doença.

“O Dr. Falou com a minha mãe, agora oiço-a dizer que é um mal de psiquiatria. Falo também. É tipo epilepsia... não a desejo à ninguém.” (PE4)

“Não sei qual é o diagnóstico. É uma perturbação porque faz com que tenha pensamentos negativos e fazer coisas errada... acostumei com a doença e vivo à procura de soluções” (PE5)

“O psiquiatra em Lisboa disse à minha mãe que tinha neurose... Esta doença faz com que hora estejamos para baixo e hora estejamos mais normalizados” (PE6)

“Não me disseram nada sobre a esquizofrenia. Minha filha é quem me fala tudo sobre essa doença. É uma doença perigosa que quando ataca uma pessoa leva-a a depressão... Sinto triste...É o destino. Talvez seja um dom que tenho que cumprir.” (PE7)

As PDE mostram que a esquizofrenia é uma doença psiquiátrica pelos vários sintomas percebidos, que os leva a ter pensamentos negativos, fazer coisas erradas e por ter horas que estão com autoestima em baixo e outras hora estão mais normalizados.

Essas pessoas que vivenciam com o diagnóstico da esquizofrenia, sentem-se abandonados a sua própria sorte, levando-os muitas vezes a procurar soluções para o problema através de forças superiores dizendo que, talvez é um dom que tenham que cumprir ou ainda porque era uma doença vinda de Deus.

Categoria II – Estigma /Preconceitos Percebidos

Dos discursos percebe-se que o estigma e o preconceito reinam em torno da doença mental.

. *“Meus amigos gozam comigo. Puseram-me de parte e não falam comigo”* (PE1).

“Quando minhas amigas me vêem na rua fingem que não me conhecem” (PE2).

“Dizem que, aquela ali, apareceu com um mal novo” (PE4).

“Na rua quando arremexava pedras as pessoas queriam bater-me” (PE5).

“As pessoas gozam com a minha família. Dizem que somos família de doentes mentais, mas eu não ligo, falo que não somos os únicos e, que não começou em mim e nem termina em mim” (PE7).

Basta uma pessoa ser diagnosticada com esquizofrenia que já é motivo de sofrer preconceito por parte da sociedade, dos amigos e da própria família, mas tudo isso acontece por falta de informações relativamente a doença e porque talvez esqueçam ou não sabem que a doença pode manifestar em qualquer um.

O estigma relacionado a esquizofrenia traz inúmeras consequências para a vida do estigmatizado como o sofrimento físico e psicológico.

Categoria III – Isolamento como estratégia de *Coping*

Percebe-se dos discursos que os participantes desenvolvem estratégias de *coping* assumindo a forma de isolamento numa tentativa de evitar o sofrimento que o estigma e o preconceito acarretam.

“Percebi que não posso andar longe de casa. Prefiro ficar em casa fumando”
(PE1).

“Fico em minha casa sem incomodar ninguém, apenas vou à casa da minha filha”
(PE3).

As PDE deixam de conviver na sociedade, de participar nela como membro integrante pelo fato de sofrerem dessa doença, achando-se diferente dos outros e com medo de serem estigmatizados, mas na verdade elas acabam por auto-estigmatizar-se criando estratégias de coping, pois eles mesmos não conseguem ultrapassar as barreiras impostas pela doença.

“Não vou à nenhum lugar” (PE4).

“Prefiro ficar sozinha” (PE6).

“Já não saio de casa, saio apenas para ir até ao hospital buscar remédios para eu e meu irmão com a mesma doença que eu” (PE7).

Conclui-se que o indivíduo estigmatizado isola-se em relação aos outros como se estivesse marcado pela doença. A PDE sofre estigma na medida em que a doença independentemente da sua causa mental provoca sofrimento imenso, frequentemente com alterações a nível físico, levando este a comportar-se diferente na sua fase ativa, ocasionando medo, sentimento de estranheza, hostilidade, Isolamento social e preconceito.

Essas pessoas afasta-se das relações sociais diminuindo as possibilidades de socializarem com as outras pessoas, sendo que na sociedade são vistas com pessoas que não obedecem as normas sociais.

Categoria IV – Mudanças resultantes do diagnóstico de esquizofrenia

A análise dos discursos sugere que do diagnóstico de esquizofrenia resulta a percepção de uma série de mudanças, a diversos níveis e áreas de funcionamento do indivíduo, com impacto significativo na QV.

“Antes dessa doença eu era mais feliz. Sinto a minha mente e o meu corpo mais fraco. Já não posso trabalhar... uma vez comportava melhor do que agora.” (PE1)

“Eu era corajosa... agora já não faço caminhada por medo de sentir falta de força e cair... Não vou à missa...” (PE2)

“Minha vida ficou completamente destruída com essa doença, não tinha controlo da minha pessoa, tive que deixar de trabalhar.” (PE3)

Os entrevistados relatam que o diagnóstico de esquizofrenia trouxe varias mudanças nas suas vidas, pois antes conseguiam trabalhar, eram mais felizes, corajosos e conseguiam dominar a sua própria pessoa, mas com o diagnostico sente-se triste e fracos com medo de socializaram para não terem recaídas visto que não conseguem ter o controlo de si mesmo.

“Deixei de me alimentar bem. Fiquei como uma pessoa desorientada e as vezes tenho comportamento como criança... sinto vontade de brincar quando vejo crianças a brincar.” (PE4)

“Passei a pontapear coisas em casa e na rua,... arremessar pedras... ameaçar minha mãe e minha irmã. Essas coisas não podem acontecer. Senti que mudei completamente o meu carácter.” (PE5)

Nessa categoria constata-se que, com o diagnostico de esquizofrenia a Q.V dessas pessoas foi devidamente afetadas uma vez, que deixaram de realizar as suas atividades diárias por medo dos sintomas e consequências da doença que muitas vezes são estranhas e ocasionam medo na vida dessas pessoas.

Categoria V – Percepção de sintomas e sinais

Os discursos mostram que os sintomas percebidos são de ordem física (ex.: dores), psicológica (ex.: alucinações) e sociais (ex.: isolamento social).

“Estômago cansado, dor no peito, dores de cabeça, vontade de ficar sozinho, irritação, «ouvindo vozes»” (PE1)

“Corpo fraco, sono perturbado, «ouvindo vozes»” (PE2)

“Corpo enfraquecido, vontade de ficar sozinho sem fazer nada” (PE3)

“Dores de cabeça, «via bolhas», falta de apetite e sem vontade de fazer nada” (PE4)

“Preocupação, vontade de ficar só, «ouvindo vozes»” (PE5)

“Falta de apetite, vontade de ficar só, sem fazer nada (PE6)

“Dores de cabeça, «ouvindo vozes» (PE7).

Pode constatar-se que os sintomas percebidos pelas pessoas com esquizofrenia causa-lhes imenso sofrimento e, estão entre os mais graves sintomas das doenças mentais, levando a perda do controle de si e das noções de julgar a realidade, passando a viver num mundo de ilusões cheio de percepções auditivas, visuais e sensitivas que somente a pessoa tem a capacidade de ver, sentir e ouvir, ficando indiferente a tudo o que passa a sua volta.

Categoria VI – Experiência do primeiro surto e procura de ajuda médica

A experiência do primeiro surto é marcada por um conjunto de sintomas incontroláveis, no qual as alucinações estão sempre presentes. Percebe-se que é de uma situação extrema que se procura ajuda médica.

“Sentia algo que apertava os meus olhos e não me deixava virá-los nem para um lado nem para outro. Tinha dores de cabeça e sentia muito medo. Saí de casa desorientado a correr. Foi então que minha mãe levou-me ao médico.” (PE1)

“Ouvia vozes que me chamavam lá fora, abria porta e não era ninguém. Ouvia pombos e peixes a falarem comigo. Fui à caminhada, senti falta de força, caí no chão e feri.

Não me conseguia levantar. Um polícia ajudou-me e acompanhou-me ao hospital para procurar ajuda médica.” (PE2)

“Comecei a sentir um mal-estar geral, senti-me desorientado, tinha apenas vontade de estar deitado, sem fazer mais nada. Fui ao médico quando percebi que estava adoecendo e, porque já não conseguia aguentar tudo sozinho. Queria explicar ao médico o que me perturbava.” (PE3)

A experiência do primeiro surto é marcado por um período aterrorizado na vida das pessoas, ficam desorientados, com muito medo, ouvem vozes que na realidade não existem, percebem dores que levam a traumas físicas e psicológicas.

“Tudo começou dentro da sala de aula, comecei a tremer, fiquei maldisposta, via bolhas e coisas no ar, depois de desaparecerem era uma dor de cabeça enorme. Minha mãe levou-me ao médico, quando percebeu que eu não estava bem.” (PE4)

“Quando tudo começou estava no meu quarto, comecei a ouvir vozes, chutava e arremessava as coisas tanto em casa como na rua. Meu pai levou-me ao médico.” (PE5)

“Comecei a sentir uma dor de cabeça enorme, ouvia vozes de pessoas mortas. Sentia que me estavam a perseguir e as vozes eram de comando. Sentia muito medo, gritava dentro de casa, ingeria comprimidos sem controlo. Depois descontrolei, tentei suicídio... Fui levada ao hospital pela minha patroa.” (PE7).

O aparecimento do primeiro surto é uma experiência traumática, a PDE acaba por perceber que algo de errado está acontecendo na sua mente, que estão adoecendo, mas não procuram ajuda médica no momento com medo de ser diagnosticado com alguma doença e, muitas vezes quando a procuram os sintomas já estão bem desenvolvidos dificultando o tratamento.

Quando a consulta médica as PDE são acompanhados pelos seus familiares, outras pessoas ou até mesmo por alguma entidade quando vivem sozinhos sem os familiares por perto. Muitas vezes procuram ajuda médica pelo próprio incentivo quando já não conseguem suportar mais os sintomas da doença.

Categoria VII – Experiência do Internamento

Os participantes referem aos internamentos como experiências boas e necessárias à recuperação.

“O internamento foi bom, tratavam da minha higiene, roupa, comida e davam-me medicamentos e injeções.” (PE1)

“Os enfermeiros ficavam muito atentos na gente. Eles controlavam todos os doentes a fim de evitar que cometêssemos uma ignorância, administravam-nos os remédios para relaxarmos, ainda fazíamos trabalhos de escola, arte. Desenho e pintura. Isso foi no hospital da Praia.” (PE3)

“Senti-me bem com o internamento, pois antes disso estava muito mal.” (PE5)

Os entrevistados referem como boas as experiências do internamento visto que antes do internamento encontravam-se descompensados não tinham controlo de si, sentiam-se abandonados com falta de cuidados, já no internamento hospital recebiam cuidados por parte dos enfermeiros e eram controlados a fim de evitar que cometessem algum dano a si mesmo ou aos outros.

“Internei-me duas vezes em Portugal e várias vezes em Cabo Verde. Quando estava alterada sentia muito medo dos assistentes dos serviços gerais e dos enfermeiros, administravam-me injeções e davam-me remédios para acalmar. Muitas vezes levava a gente para a Laginha apanhar sol, pois assim não ficávamos só ali dentro. O internamento foi bom porque se era para ficar em casa alterada melhor era ir ao hospital porque é ali que tem médicos e enfermeiros para tratar das pessoas.” (PE7)

Conclui-se que as pessoas com esquizofrenia depois de receberem os cuidados prestados aos enfermeiros durante o internamento hospital, alegam que este foi uma das melhores medidas durante essa fase sendo que, é no hospital que existe os tratamentos adequados para essa doença. Essas pessoas vê o internamento como meio de alívio dos sintomas para assim estabilizar-se e recuperarem mais depressa.

O internamento é importante para o utente pois além de ajudar na toma de medicamentos de recuperar os sintomas e de ajuda-lo a lidar com os estigmas e preconceitos

que existe em torno da doença, também ajuda o utente a aceitar a doença e de lidar com as suas causas.

Categoria VIII – Tratamento da doença

Percebe-se dos discursos que o tratamento é na sua essência medicamento. Os discursos indicam ainda que os participantes tendem a considerar os sintomas controláveis pelos medicamentos que lhes são prescritos.

“Nozinam e Akineton... os remédios me fazem bem... com os remédios sinto-me mais tranquilo.” (PE1)

“Akineton, Risperidona e Diazepam...os remédios me fazem bem... estou a sentir melhor.” (PE2)

“Largatil e Diazepam... com as minhas consultas sinto-me melhor.” (PE3)

“Modecat uma vez por mês. Akineton, Diazepam e Nozinam 25mg todos os dias, mas também antes utilizava Haldol.” (PE4)

“Utilizo apenas comprimidos.” (PE5)

“Lagartil, diazepam e Akineton... vivo com os meus remédios e esse distúrbio está melhorando.” (PE6)

“Agora utilizo apenas modecat, mas antes tomava Akineton e Nozinam 25mg.” (PE7)

Conclui-se desta forma que esses indivíduos são tratados apenas com a parte medicamentosa (farmacológico), e acabam por excluir a parte não farmacológico que também contribui para o seu tratamento e melhoria da QV.

Pois o tratamento farmacológico trata apenas dos sintomas da doença que é essencial na recuperação do utente, mas também o tratamento não farmacológica é importante na a recuperação da PDE, pois tratar a parte psicológica destes permitindo que participam em atividades sociais reduzindo assim o estigma que reina em volta da doença.

Categoria IX – Avaliação do atendimento de equipe de saúde

Percebe-se dos discursos que os participantes avaliam a eficácia do atendimento da equipa de saúde, descrevendo suas funções como «boas ou bem desempenhadas».

“A equipa recebe-me sempre bem quando vou às consultas. Desempenham bem o seu trabalho: o médico faz a receita e o enfermeiro dá-me as injeções.” (E1)

“Sou bem recebido nas consultas. Apanhei uma crise sem brincadeira e os enfermeiros ajudaram-me a pôr de pé. Graças a eles estou melhor.” (E2)

“A equipa desempenha bem o seu papel... cuida da saúde.” (E3)

“Nas consultas a médica falava línguas estrangeiras, como não entendia a enfermeira traduzia e dava-me injeção. Senti bem, foi uma boa equipa.” (E4)

As PDE mostram bem atendidas e satisfeitas com os cuidados recebidos pela equipa de saúde, visto que evidenciam ter alcançado melhorar relativamente aos cuidados recebidos.

“Recebi só cuidado dos médicos. Foi bom.” (E5)

“As funções da equipa são bem desempenhadas. Quando não tenho remédios oferecem-mos porque sou da farmácia do Estado, assim não vou comprá-los porque são muito caros.” (E6)

“Todos cuidam muito bem de mim. Dão todo o carinho e respeito. Todos conversam bem comigo, cumprimentam-me e nunca fizeram nada de errado.” (E7)

Constata-se desta forma que o atendimento que a equipa de saúde oferece aos utentes com esquizofrenia são bem desempenhados, permitindo oferecer-lhes cuidados de forma humanizada afim de ajudá-los na sua recuperação alcançando assim uma melhor QV.

A equipa de saúde tem como principal função ajudar o utente a socializar com os outros utentes, de participar em atividades exercidas afim de conhecê-lo melhor para assim oferecer tratamentos mais adequados para a sua terapêutica e a nível pessoal com o intuito de melhorar a sua QV.

Entrevistas aos Enfermeiros:

Categoria I – Experiência relativamente ao cuidar de pessoas com esquizofrenia

Os enfermeiros relatam as suas experiências relativamente ao cuidar da pessoa com esquizofrenia como as de cuidar de outra patologia qualquer.

“No início era muito complicado cuidar das pessoas com esquizofrenia. As dificuldades eram enormes. Com a experiência e o tempo foi sendo mais fácil. Procuro estabelecer uma boa relação e conquistar a confiança deles. É um trabalho que gosto... É como trabalhar com qualquer outro doente. Sinto-me bem a trabalhar com eles. É por isso que ainda estou nesta enfermagem” (E1).

“É com se estivesse a prestar cuidados à outro utente, mas só que o utente com esquizofrenia merece uma atenção maior em relação aos outros utentes porque está dividida em partes, não conseguem realizar o autocuidado, tem limitações de memória, é necessário debruçar mais sobre essa parte também.” (E2).

No relato dos enfermeiros constata-se que no início das suas carreiras eram complicados trabalhar com as PDE, pelo fato de não serem especializados e nem ter formação nessa. Mas com o tempo foram criando e aprendendo estratégias para lidar com os utentes. Para eles agora prestar cuidados a um utente com esquizofrenia é igual aos outros utente, mas só que estes merecem uma atenção especial por estarem fora de si e sem noção da realidade.

A experiência de cuidar de um esquizofrénico é igual à do cuidado de outra pessoa. O tratamento que dou ou que damos aos utentes esquizofrénicos é o mesmo que se dá aos outros utentes. É uma experiência positiva quando você vê melhoras no utente, é uma sensação de missão cumprida, pois você vê que o cuidado prestado valeu a pena. (E3)

A experiência é normal. É uma pessoa como qualquer outro doente. Porém com afetos alterados. Dá-me satisfação vê-los melhorar. (E4)

Os enfermeiros referem ser uma experiência boa, cuidar de PDE ainda mais quando os utentes alcançam melhora relativamente aos cuidados prestados, pois sentem-se que conseguiram alcançar os seus objetivos mesmo sendo inexperientes nessa área.

Para os enfermeiros cuidar de uma pessoa com esquizofrenia significa oferecer os seus cuidados de forma mais humanizada, dedicando especial atenção ao utente de modo a ajuda-lo a promover a sua saúde alcançando assim o bem-estar.

Categoria II – Limitações no Cuidar da Pessoa com Esquizofrenia e sentimentos associados

As limitações no cuidar da pessoa com esquizofrenia é expressa nos discursos dos enfermeiros e, é consensual o impacto da falta de formação em saúde mental. Porém referem como limitação a insuficiência de recursos humanos e materiais no serviço. Percebe-se que como resultado das limitações surge a frustração.

“Podíamos fazer melhor se fôssemos especializados ou tivéssemos formação na área de saúde mental a estrutura da enfermaria não ajuda muito, há carência de materiais para contenção, não temos uma sala de isolamento para impedir que, os portadores de esquizofrenia agridem-se a si ou aos outros utentes quando estiveram descompensados. Poucos trabalhos comunitários... É uma situação frustrante. Porque em meio a outras condições o trabalho podia ser mais humanizado.” (E1)

“Falta de formação nessa área.” (E2)

Os enfermeiros referem que existem varias limitações que dificulta o cuidar da pessoa com esquizofrenia, pois além da falta de formação, existe a estrutura da enfermaria, que é considerado insuficiente e não oferece segurança nenhuma ao utente esquizofrénico, pois estes encontram junto com os toxicodependentes. Deveria existir um espaço em função da agressividade e patologia de cada utente. Ainda temos a carência de medicamentos numa enfermaria de crise e a falta de material necesario para conter os utentes quando agressivos.

“A falta de conhecimentos técnico-científicos limita a assistência específica para cada tipo de patologia. O espaço também é insuficiente. A assistência de enfermagem limita-se ao trabalho desenvolvido na enfermaria. Inexistência de supervisão que averigüe as intervenções. Sinto frustrado porque há situações em que a pessoa sente impotente perante o indivíduo.” (E3)

“Recursos humanos insuficientes para responder as necessidades. Inadequação do espaço para as várias demandas como por exemplo situações de contenção.” (E4).

Nessa categoria pode-se concluir que, pelo fato dos enfermeiros não estarem devidamente preparados para lidar com os utentes com esquizofrenia, por falta de condições de trabalhos e devido as características da doença, muitas vezes confrontam com situações que no momento não sabem como gerir, pois, na maioria das vezes fazem-no por intuito ou por experiência de muitos anos de serviço.

Portanto os enfermeiros alegam claramente que gostariam de ter formação profissional em saúde mental, a fim de prestarem melhores cuidados aos utentes.

Categoria III – Influência do Diagnóstico sobre a QV

A influência do diagnóstico na QV é expressa nos discursos dos enfermeiros a vários níveis.

“O primeiro impacto do diagnóstico é de negação. Isso impede a adesão ao tratamento o que acaba por afetar muito a QV. Pois se não têm saúde é claro que a QV está afetada.” (E1)

“Um indivíduo ao ser diagnosticado com esquizofrenia é estigmatizado pela sociedade, sente-se limitado em termos pessoais e profissional, e isso afeta muito a sua QV.” (E2)

Os enfermeiros através dos seus discursos mostram que as pessoas ao serem diagnosticadas com esquizofrenia, entram na fase de negação, não aceitam a medicação, sente-se limitados na sociedade. Pois ao sentirem-se excluídas da sociedade não são capazes de enfrentar os próprios preconceitos e aqueles que existem em torno da sociedade e da própria família, sendo assim, acabam por afetar ainda mais a sua QV que por si só já está afetada.

“A pessoa com diagnóstico de esquizofrenia é excluída e abandona. Sofre estigma e preconceitos na sociedade e na família. Então é limitada socialmente. O diagnóstico tem implicações no emprego. Muitas vezes ou não consegue encontrar emprego ou é explorado.

“A pessoa não tem nenhuma autonomia e fica a depender de terceiros. Nisso claramente a QV é zero.” (E3)

O diagnóstico da esquizofrenia trás influências significativas na vida da pessoa visto que ao ser diagnosticado com esquizofrenia começa a perder as suas limitações, tornando-se uma pessoa com problemas, estigmatizada e excluída pela sociedade, pela família e pelos próprios profissionais de saúde.

Pois muitas pessoas deixam de conviver com uma PDE pelo simples fato de ser diagnosticado com essa doença, acabando por rotula-lo da sociedade.

Categorias IV- Intervenções de Enfermagem promotoras da QV e facilitadoras do retorno da pessoa com esquizofrenia à comunidade

Segundo os discursos as intervenções de enfermagem promotoras da QV e facilitadoras do retorno da PDE à comunidade, confinam à fase de internamento e limitam-se à intervenções muito restritas.

“Sensibilização do utente e sua família para adesão ao tratamento e promoção da saúde.” (E1).

“Preparação dos utentes e das famílias para enfrentar o estigma e estimulação para adesão a medicação depois de alta, prevenindo assim recaídas” (E2).

“Auxiliar a administração da medicação, estimular a interação com os outros utentes e ensinar os utentes e as famílias sobre a doença.” (E4).

Conclui-se dessa forma que a enfermagem através da sua assistência e acções do cuidar que oferece ao utente com esquizofrenia permite o seu retorno a comunidade. Atráves da adesão ao tratamento com o intuito de recuperarem mais depressa e retornarem a comunidade, através da preparação do utente e da família acerca do estigma que reina em torna da doença e ainda através da educação para saúde sobre a doença afim de saberem lidar os sintomas e as causas da doença melhorando assim a QV destes.

Categoria V – Intervenções de Enfermagem Idealizadas Promotoras da QV

A análise do conteúdo das entrevistas revela que os enfermeiros estão cientes da diferença entre as intervenções que desenvolvem e as intervenções que realmente são necessárias para a melhoria da QV dos utentes.

“Trabalho comunitário e na família para além do cuidado na enfermaria.” (E1)

“Intervenção precoce.” (E2)

“Trabalho comunitário. É um erro não ir à comunidade e pensar que só o internamento na fase de crise é suficiente para a melhoria da QV. A intervenção continuada é importante. Assistência à família que adoece juntamente com o seu membro com diagnóstico de esquizofrenia. Educar a comunidade para reconhecer os sinais da doença para facilitar o encaminhamento do utente ao hospital.” (E3)

Os enfermeiros alegam que, somente os cuidados realizados com os utentes dentro da enfermaria na fase ativa da doença, não são suficientes para ajudar a pessoa com esquizofrenia a promover uma melhor QV, pois na enfermaria as intervenções são realizadas apenas com os poucos recursos disponíveis com o intuito de estabilizar o utente alcançando melhoras.

“Encaminhamento para centros de saúde mais próximos e para centros de terapia ocupacional” (E4)

Constata-se que existe a necessidade de uma equipa multidisciplinar para seguir os portadores de esquizofrenia fora da enfermaria, visto que não basta o internamento e enviá-los a família é necessários cuidados continuados com o utente e a sua família que na maioria das vezes sofre com a doença do seu membro diagnosticado.

A enfermagem prestar melhor cuidado ao utente, com o intuito de ajuda-lo a conhecer melhor os sintomas da doença, estimulando assim o autocuidado, prevenindo recaídas e contribuir para o utente e a sua consigam enfrentar o diagnóstico da doença, promovendo assim uma melhorando QV.

3.2. Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem

Depois da análise dos dados apresenta-se os diagnósticos *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), e as intervenções de enfermagem (NIC) promotoras da QV. Evidentemente, são vastas as intervenções, mas as que aqui se apresentam estão em conformidade com os diagnósticos efetuados com base nas necessidades reveladas pelas PDE que participaram neste estudo.

McCloskey e Bulechek, (2004, p.878), enfatizam que existe uma conexão entre os diagnósticos de enfermagem (NANDA) e as intervenções de enfermagem (NIC), fazendo com que ocorram em conjunto, de modo a alcançar um resultado para resolução do problema do utente.

Sendo assim serão apresentados os diagnósticos de enfermagem (NANDA) e as respetivas intervenções de enfermagem (NIC).

Quadro 4. Diagnósticos de enfermagem (NANDA) e intervenções (NIC)

Pessoa portadora de esquizofrenia		
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Atividades de Enfermagem
<p>Desempenho do papel alterado</p> <p>D-Estado na qual o indivíduo evidencia distúrbio na maneira de perceber o desempenho de seu papel</p> <p>CD: - Mudança na percepção do próprio papel;</p> <p>-Mudança na capacidade física para reassumir o papel;</p> <p>-Falta de assimilação ou conhecimento do papel.</p> <p>FR: - Dificuldade cognitiva – perceptivas; -</p> <p>Carência de modelo de papel;</p> <p>- Suporte inadequado,</p>	<p><u>Aconselhamento (1)</u>: -Uso de um processo interativo de ajuda com foco nas necessidades, nos problemas ou nos Sentimentos do utente e de pessoas significativas para aumentar ou apoiar as habilidades de enfrentamento, soluções de problemas e relações interpessoais.</p> <p><u>Apoio ao cuidador (2)</u>:- Oferecimento de informações necessárias, defesa e apoio para facilitar o cuidado primário ao paciente por pessoa que não seja um profissional de saúde.</p>	<p>(1)-Encorajar a expressão dos sentimentos;</p> <p>-Auxiliar o utente a identificar o problema ou situação que causa o sofrimento;</p> <p>-Determinar a forma como o comportamento familiar afeta o utente;</p> <p>(2) - Determinar a aceitação do papel por parte do cuidador;</p> <p>-Ensinar ao cuidador estratégias de manutenção dos cuidados de saúde de modo a manter a sua própria saúde física e mental.:</p> <p>-Proporcionar assistência de acompanhamento de saúde ao cuidador.</p> <p>(3) - Encorajar a expressão e o compartilhamento de conhecimentos com as experiências e manifestações de ajudas mútuas;</p>

	<p><u>Grupo de apoio (3):</u> - Uso de um ambiente de grupo para o oferecimento de suporte emocional e informações a seus membros relativos à saúde.</p>	<p>- Determinar o nível e adequação do actual sistema de apoio a família/pessoa e usá-lo durante estágios de transição para ajudá-los a ajustar-se ao novo estilo de vida;</p> <p>- Manter uma pressão positiva para mudanças de comportamento</p>
<p>Interação social prejudicada:</p> <p>D- Estado na qual o indivíduo participa de relacionamente social em quantidade insuficiente ou excessiva, ou em qualidade ineficaz.</p> <p>CD: - Inabilidade verbalizada para compartilhar com os outros;</p> <p>-Uso de comportamentos de interação social fracassados;</p> <p>-Relato familiar de mudança no padrão de interação.</p> <p>FR: - Barreiras de comunicação; Ausência de pessoas significativas ou grupos significativos disponíveis,</p>	<p><u>Aumento da socialização (2):</u> - Facilitação da capacidade de uma pessoa para interagir com outros indivíduos.</p> <p><u>Controle de comportamento (2):</u> - Auxilia o utente para lidar com comportamentos negativos.</p>	<p>(1)- Encorajar maior envolvimento em relações já estabelecidas;</p> <p>- Encorajar atividades sociais e comunitárias;</p> <p>-Encorajar a pessoa a mudar de ambiente, como sair para caminhadas e ir ao cinema;</p> <p>(2)- Responsabilizar o utente por seu comportamento;</p> <p>-Fixar limites com o paciente;</p> <p>-comunicar expectativa de que o utente deverá manter o controlo;</p> <p>- Evitar pressionar o utente;</p> <p>Elogiar tentativas de autocontrolo.</p> <p>(3): -Monitorar as declarações do utente tem em relação à autoestima;</p>

	<p><u>Aumento da autoestima (3)</u>: -_Assistencia do utente para que aumenta o juizo acerca do valor pessoal</p> <p><u>Assistencia no controlo de raiva (4)</u>: _ facilitação da expressão da raiva de forma adaptativa e não-violenta.</p>	<p>-Determinar a confiança que o paciente tem no próprio julgamento; Encorajar o utente a identificar seus pontos positivos; - Encorajar o contato olho-no-olho na comunicação com os outros;</p> <p>(4): - Estabelecer confianças e interação básicas com o utente; -Usar uma abordagem calma e segura; - Determinar expectativas comportamentais e apropriadas para a expressão da raiva, considerando o nível de funcionamento cognitivo e físico do utente.</p>
<p>Processo fmiliar alterado: D: -Estado na qual uma família, que normalmente funciona, efetivamente exprimenta uma disfunção. CD: - Sistema fmiliar incapaz de atender as necessidades emocionais de seus membros; Incapacidade da família para adaptar-se as mudanças e lidar construtivamente com experiencias traumáticas; FR: - Situação de transição ou crise.</p>	<p><u>Manutenção do processo fmiliar (1)</u>- Minimização dos efeitos de rompimento de processos familiares</p> <p><u>Apoio Familiar (2)</u>: - Promoção dos valores, interesses e metas de família</p>	<p>(1)- Encorajar manutenção do contato com os membros da família; - Determinar ruptura e identificar os efeitos de mudança nos papéis sobre o processo familiar;</p> <p>(2)- Promover relação de confiança com a família; - Ajudar os membros da família a identificar e solucionar conflitos de valores; - Ensinar planos de cuidados médicos e de enfermagem à família e</p>

		<p>incluí-los na tomada de decisão quanto ao plano de cuidados;</p> <p>-Escutar as preocupações, sentimentos e perguntas da família,</p> <p>dando respostas e ajudando-os a obter respostas</p>
<p>Angustia espiritual</p> <p>D-Estado na qual o indivíduo exprimenta uma ruptura no princípio de vida, o qual permeia todo o seu ser, integra e transcende sua natureza e psicossocial.</p> <p>CD: - Preocupação expressa com o significado da vida;</p> <p>-Questionamento do significado do sofrimento;</p> <p>-Alteração de humor evidenciado por isolamento, preocupação.</p> <p>FR- Separação dos laços culturais ou religiosos.</p>	<p><u>Apoio na tomada decisões (1):</u> - oferta de informações e de apoio a utente que esta tomando uma decisão a respeito de cuidados de saúde</p> <p><u>Intervenção em crise (2):</u> -</p> <p>Usar aconselhamento a curto prazo para ajudar o utente a enfrentar uma crise e retomar um estado funcional comparável ao estado pré-crise ou melhor.</p> <p><u>Distração (3):</u> - Foco proposital da atenção longe de sensações indesejáveis.</p>	<p>(1)-Informar o utente sobre soluções alternativas;</p> <p>-Ajudar o utente a identificar as vantagens e desvantagens de cada alternativa;</p> <p>-Facilitar a tomada de decisões conjuntas;</p> <p>(2): - Propiciar atmosfera de apoio;</p> <p>- Determinar se o paciente apresente riscos de segurança a si e a outros;</p> <p>- Encorajar a expressão de sentimentos de forma não-destrutiva;</p> <p>_Apresentar o paciente, pessoas ou grupos que tenham enfrentado com sucesso a mesma experiência;</p> <p>(3): - Orientar o paciente quanto ao uso de técnicas de relaxamento;</p>

	<p><u>Terapia ocupacional</u> (4): - Prescrição e assistência de atividade físicas, cognitivas, sociais e espirituais específicas para aumentar a variação, frequência e a duração da atividade de um indivíduo.</p>	<p>-Sugerir técnicas coerentes como o nível de energia e habilidade;</p> <p>-Usar técnicas de distração sozinho ou com outras pessoas, se adequado;</p> <p>-Encorajar o indivíduo a escolher técnicas de distração desejado, como música, envolvimento em conversa, relato detalhado de um acontecimento ou história.</p> <p>(4): - Auxiliar a escolher atividades coerentes como as habilidades físicas, psicológicas e sociais;</p> <p>-Encaminhar a centros comunitários ou programas de atividades;</p> <p>-Oferecer atividade motora para aliviar a tensão muscular.</p>
<p>Disfunção sexual</p> <p>D: - Estado na qual o indivíduo exprimenta uma mudança na função sexual que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada.</p> <p>CD: - Limitação percebida da resposta sexual imposta pela doença;</p> <p>-Inabilidade para alcançar a satisfação sexual.</p>	<p><u>Redução da ansiedade</u> (1): - Redução da apreensão, do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionado a uma fonte não identificada de perigo antecipado.</p>	<p>(1) -Oferecer atividades de diversão voltadas a redução da tensão;</p> <p>- Escutar o paciente com atenção;</p> <p>- Criar uma atmosfera que facilite a confiança;</p> <p>-Encorajar expressão de sentimentos, percepção e medo;</p> <p>- Ajudar o paciente a identificar situação que precitem a ansiedade;</p>

<p>FR: - Défice na habilidade para respostas alternativas a transição relacionadas com a sua doença,</p>	<p><u>Controle de medicamento (2):</u> -Facilitação ao uso seguro e eficaz de drogas prescritas ou não.</p>	<p>(2) -Determinar o impacto do uso de medicamentos na vida do paciente; -Monitorar os efeitos adversos da droga.</p>
<p>Ansiedade D- Estado em que o indivíduo demonstra sentimentos de inquietude (apreensão) e activação do sistema nervoso autónomo a uma ameaça vaga e inespecífica. CD: - <u>Fisiológicas</u>: aumento da frequência cardíaca; pressão arterial elevada; insónia; fadiga, agitação; palpitações. <u>Emocionais</u>: A pessoa declara ter sentimentos de: incapacidade de relaxar; falta de autoconfiança. <u>Cognitivas</u>: incapacidade para concentrar-se; esquecimento. FR: - Relacionados à perda real ou suposta de pessoas significativas.</p>	<p><u>Melhora de enfrentamento (1):</u> - Auxilia o utente para adaptar-se a estressores, mudanças ou ameaças percebidas que interfiram no atendimento às necessidades de papéis a vida;</p>	<p>(1)- Avaliar a compreensão que o utente tem do processo de doença; - Avaliar e discutir resposta alternativa à situação; - Avaliar a capacidade decisória do utente; - Encorajar a atividades sociais e comunitária; - Oferecer reforço para a expressão adequada da raiva.</p>

Fonte: Elaboração própria

Legenda: D: Definição. CD: Característica definidora. FR: Fatores relaciona

3.3 Discussão dos dados

Nessa fase de trabalho apresenta-se a discussão dos dados com o intuito de promover uma melhor compreensão dos resultados obtidos, mostrando que os objetivos do trabalho foram alcançados os significados que apresentam.

A natureza da esquizofrenia tem sido consistentemente investigada. Sendo os dados da literatura em relação à etiologia ainda pouco claros. As pesquisas demonstram que a prevalência da esquizofrenia aumenta a ritmo preocupante. Não havendo causas bem definidas para a ocorrência da esquizofrenia percebe-se que há um imenso percurso a percorrer no sentido de delinear estratégias preventivas. Assim, tendo em conta a problemática central deste trabalho, procurou-se identificar os contributos da enfermagem na promoção da qualidade de vida da pessoa com esquizofrenia. Como objetivos específicos elencou-se: (i) Descrever as experiências de vida das pessoas com esquizofrenia; (ii) Analisar a percepção da QV das pessoas com esquizofrenia; (iii) Examinar a contribuição da Enfermagem na promoção da QV da pessoa com esquizofrenia e (iv) Explorar as limitações da assistência de enfermagem na promoção da QV da pessoa com esquizofrenia.

O primeiro objetivo específico foi alcançado, na medida em que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia descrevem-se como vítimas de preconceito e estigma. Isolam-se socialmente. O isolamento foi interpretado como uma estratégia adotada para minimizar o sofrimento intensificado pelo estigma. As PDE entrevistadas relataram sintomas e mudanças diversas ocorridas com o diagnóstico. Tais mudanças comprometem o funcionamento quotidiano, com impacto significativo na QV. O conteúdo dos relatos mostra que o internamento é encarado como uma experiência boa e necessária para a recuperação e estabilização dos sintomas.

No que se refere ao segundo objetivo específico, esse também foi alcançado. Porque para além das informações recolhidas através das entrevistas, que permitem claramente perceber o comprometimento da QV das PDE, utilizou-se um instrumento específico para avaliação da QV de PDE: o QLS. Os dados obtidos com base nesse instrumento permitiram observar que todos os participantes revelam prejuízo considerável na QV. Mais especificamente, apresentam prejuízo considerável nos Fatores 1 (Rede social), 2 (Nível

ocupacional) e 3 (Funções Intrapsíquicas e relações interpessoais), à exceção de um que, no nível ocupacional apresenta prejuízo grave.

Como se percebe, as áreas comprometidas pelo diagnóstico de esquizofrenia requerem uma abordagem multidisciplinar, onde, seguramente, a enfermagem tem um papel importante.

O terceiro objectivo foi também alcançado. Na medida em que as intervenções de enfermagem que contribuem para a promoção da QV da PDE foram analisadas sob o ponto de vista dos enfermeiros. Ou seja, foram examinadas as intervenções que tem sido desenvolvida pelos enfermeiros que trabalham em saúde mental no sentido de melhorar a QV das PDE. Foram também examinadas por meio de um levantamento exaustivo das intervenções de enfermagem mediante os diagnósticos levantados dos dados recolhidos junto as PDE (cf. pág.63-68). O conteúdo dos discursos dos enfermeiros demonstram que as intervenções que desenvolvem são essencialmente a estimulação da adesão ao tratamento, preparação dos utentes e das famílias para enfrentar o estigma, estimular a interação as PDE com os outros utentes, ensinar utentes e famílias sobre a doença.

A adesão ao tratamento de qualquer patologia é importante já que melhora o bem-estar e a QV. Da mesma forma preparar os utentes e as famílias para enfrentarem o estigma é outra prática importante. No entanto, não é suficiente preparar o utente e a família se a sociedade não está preparada para receber alguém com uma doença mental. Assim, pensa-se que é preciso trabalhar também nas comunidades fazendo educação para a redução do estigma contra doença mental, o que deve ser repetitivo, lógico, intenso e de duração suficiente para bons resultados. As pessoas precisam compreender que a doença não depende da vontade da pessoa e que qualquer um pode estar sujeito a ter uma doença mental. Ainda a este respeito é preciso fazer palestras que informam as pessoas sobre a doença: sinais de alerta, sintomas, causas, consequências etc. essas informações podem ser divulgadas também com ajuda da comunicação social e das escolas. Outro aspeto a referir é sobre o estimular a interação da PDE com os outros utentes. Também é fundamental, mas não é suficiente. É preciso estimular a interação fora da enfermeira, o contato social e não apenas com os outros utentes. Também, sobre ensinar os utentes e famílias sobre a doença, referir que, como já foi dito, a esquizofrenia é uma doença complexa, multifatorial com várias consequências. Ensinar sobre a patologia precisa que se saiba o bastante sobre a mesma. Presume-se que não

tendo formação em saúde mental, ou não tendo conhecimentos técnico-científico como dito por um dos entrevistados, não estejam devidamente preparados para ensinar sobre a doença. Notou-se mesmo no conteúdo dos discursos que têm alguma dificuldade em apontar os sintomas e referir a natureza da doença. Isso pode levar à transmissão de informações pouco clara e talvez por isso também as PDE entrevistadas não sabem muito sobre a doença. Talvez por isso também referem que os cuidados que prestam às PDE são iguais às outras patologias. A partida, entende-se que os cuidados devem estar alinhados com as particularidades de cada utente e com as características de cada patologia. Este fato foi apontado como a principal limitação da assistência de enfermagem na promoção da QV da PDE. Além disso apontou-se insuficiência de recursos humanos e materiais e inadequação do espaço para as assistências necessárias. Destas limitações que consideram atrapalhar a humanização dos cuidados resultam a frustração. Mesmo assim, idealizam intervenções promotoras da QV da PDE como o trabalho comunitário e encaminhamentos para outros serviços da comunidade. Ainda assim, as intervenções idealizadas estão longe do vasto leque de intervenções consideradas na seção de intervenções descritas neste trabalho.

Percebe-se, contudo, que os enfermeiros têm amor à camisola e a satisfação profissional está na melhoria do estado de saúde dos utentes. Por isso, acredita-se que se receberem preparação técnico-científica adequada, também desenvolvem estratégias interventivas capazes de promover melhor QV.

Um outro dado encontrado interessante é a idade de diagnóstico da esquizofrenia. Embora dois das PDE que participaram no estudo não se lembrem da idade do diagnóstico, de um modo geral os dados apontam que a idade de início variou entre os 19, 21 e 44 anos.

Um dado preocupante é o fato de algumas PDE entrevistas viverem sozinhas e sem familiares por perto. Pensa-se que esse fato pode deixá-los mais vulneráveis a descompensações e dificultar a reestabilização, podendo causar um perigo para si mesmos e para a sociedade quando estiverem descompensados.

Um outro aspeto verificado é o caso de uma PDE ter sob a sua responsabilidade os trabalhos de casa, o cuidar de toda a família, inclusive de um irmão com o mesmo problema. Acredita-se que esta sobrecarga representa um stresse psicológico, fator de risco para a recuperação do utente.

Evidentemente, por se tratar de um estudo qualitativo, e uma amostra pequena, não se podem generalizar os dados. Contudo os dados fornecidos são cheios de significado por traduzirem a experiência tal como vivida pelos participantes, pelo que devem ser valorizados e considerados para futuros estudos com grandes amostras.

Considerações Finais

O aumento alarmante observado na prevalência e severidade da esquizofrenia apresenta implicações importantes na QV. Entende-se, assim, que devem ser tomadas ações imediatas para auxiliar as pessoas acometidas pela doença a viver uma vida mais digna. É precisamente neste sentido que radica a problemática deste trabalho.

Por tudo o que foi citado, é evidente que o enfermeiro tem um papel de extrema importância no que diz respeito à promoção da QV de pessoas com esquizofrenia, embora as dificuldades e limitações que rompem com a assistência idealizada por esses. Em relação a tais dificuldades, parece claro que a capacitação dos enfermeiros em saúde mental é uma estratégia necessária e imediata para reduzir uma boa parte das dificuldades que experimentam na assistência às pessoas com diagnóstico de doença mental. Pois, é evidente que o desenvolvimento de estratégias promotoras da QV, independentemente de qual seja a patologia, implica conhecer a patologia em toda sua configuração.

A etiologia da esquizofrenia continua pouco clara, representando, por isso, uma das perturbações mentais mais difíceis de prevenir. Por isso mesmo, é importante assegurar o tratamento dos indivíduos acometidos, vistos como um todo, de forma a possibilitar a melhora de sua QV.

Durante a elaboração deste trabalho surgiram algumas dificuldades, nomeadamente na fase de recolha de dados e de tratamento dos dados (tradução crioulo-português). Outra limitação deveu-se a inexperiência do pesquisador no campo da investigação científica, que tenha contribuído para a lentidão do trabalho.

Mesmo assim, acredita-se que o trabalho alcançou os objectivos pretendidos e espera-se que contribua para enriquecer o conteúdo teórico existente sobre a esquizofrenia, que sirva como material de pesquisa para futuras investigações e que auxilia os enfermeiros de saúde mental a alargar as suas intervenções para uma abordagem amplamente holística e centrada no utente.

Torna-se fundamental que se prossiga com investigação nesta área, afim de procurar formas de prevenção e melhores formas de tratamento desta patologia que a OMS define como um grave problema de saúde mental.

Propostas

Propostas para futuros trabalhos:

- Ponderar explorar variáveis sociodemográficas que comprometem ainda mais a qualidade de vida dos acometidos. Por exemplo através de estudos correlacionais com grandes amostras.
- Estudos que comparam a qualidade de vida de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia desinstitucionalizados e institucionalizados.

Propostas que possam trazer, direta ou indirectamente, melhoria na QV das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia:

- Faz-se necessário que as instâncias competentes zelem pela investigação da qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia de modo que soluções sejam encontradas e praticadas.
- Apela-se às políticas públicas de saúde que tenham um papel ativo e pro-ativo, não apenas no tratamento, mas fundamentalmente na prevenção da esquizofrenia e na promoção de uma melhor qualidade de vida das pessoas acometidas.
- Urge a divulgação sistemática de informações claras que conscientizam a população para a prevenção da esquizofrenia e também para a procura de tratamentos adequados o quanto antes possível, facilitando no prognóstico das pessoas acometidas e viabilizando a não estigmatização das pessoas acometidas.

- Faz-se necessário a participação e os esforços de outros setores (sociais, educação, comunicação, etc), para além do setor saúde, que trabalhem em conjunto e concertadamente para aumentar o conhecimento da doença nas comunidades de modo que haja maior aceitação das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, e de modo a responsabilizar a população para a planificação e aplicação de ações de saúde. A ideia é empoderar a população para que seja capaz de reconhecer a doença através dos seus sintomas e encaminhar os sujeitos acometidos para os Serviços de Saúde.
- As políticas publicas de saúde devem colocar na agenda de prioridades a capacitação/ formação dos enfermeiros que trabalham na área de saúde mental, focalizando necessidades globais de diferentes patologias, para que possam prestar cuidados integrais e não apenas cuidados de saúde.
- Faz-se necessário cuidados continuados para além dos cuidados prestados aquando do internamento assim como participação familiar no processo de reintegração e reabilitação do familiar acometido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, P. (2002). *Esquizofrenia - Conhecer a Doença*. 2ª Edição Lisboa: Climepsi Editores.

AFONSO, P. (2010). *Para além dos mitos, descobrir a doença Esquizofrenia*. Cascais, Príncípia Editora.

ALBANO, D. (2012). *Esquizofrenia – Patologia e Terapêutica*. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências e Tecnologia. Mestrado. Integrado em Ciências Farmacêuticas. [online] <https://sapientia.ualg.pt/.../Monografia%20Esquizofrenia%20-%20Patologia%20e%20>. 15-04-16

ALMEIDA, T. (2013). *Esquizofrenia e Qualidade de Vida: Estudo Comparativo entre participantes com e sem Terapia Ocupacional*. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade Fernando Pessoa, Porto. [online] <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4068/1/tese.pdf> 3-05-16

ALVES, C., SILVA, M. (2001). *A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico*. Revista de Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, volume 18, nº 1, Janeiro/Abril. [online] http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2001000100002 14-07-16

AMARO, F. (2005). *Fatores sociais e culturais da esquizofrenia*. 1º edição-Instituto superior de ciencias sociais e politicas.

ANDREASEN, N. (2003). *Admirável cérebro novo – Dominar a doença mental na era do genoma*. Lisboa: Climepsi Editores.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (s/d). *História da enfermagem. As práticas de saúde ao longo da história e o desenvolvimento das práticas de enfermagem*. [online] http://www.abenpe.com.br/home/hist_enfermagem.pdf 14-07-16

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (2012). *Entendendo a Esquizofrenia*. [online] <http://www.abpcomunidade.org.br/site/?p=263>

ASSOCIAÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL - A PONTE (2014). *Aprender sobre a Esquizofrenia*. Um pacote internacional de sensibilização da federação mundial de saúde mental. Praia, Tipografia Santos.

ASSOCIAÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL - A PONTE (2014).

Viver com Esquizofrenia. XIV fórum A Ponte. Praia, Tipografia Santos.

BENTO, M. (2014). *O Estigma da Doença Mental e os Meios de Comunicação Social*. Departamento de ciências da vida faculdade de ciências e tecnologia universidade de coimbra. [online]

<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/26881/1/Tese%20de%20Mestrado%20Mariana%20Bento%20O%20Estigma%20da%20Doen%C3%A7a%20Mental%20e%20os%20Meios%20de%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20Social.pdf> 20-06-16

CARDOSO, C. (2002). *Escala de avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia: Adaptação transcultural para o Brasil*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, volume. 51, nº1, p. 31-38. [online] <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapsam/qualidadevida/qlsbr.pdf> 15-06-12

CARDOSO, C. (2005). *Qualidade de Vida na Esquizofrenia: Fatores associados*. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas, Belo Horizonte. [online] http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS72NN3V/clareci_silva_cardoso.pdf?sequence=1 13-05-16

CARDOSO, C, S., CAIAFFA, W, T., BANDEIRA, M., SIQUEIRA, A, L., ABREU, M, N, S., FONSECA, J, O, P. (2006). *Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. [online] <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/19.pdf> 27-11-16

CARVALHO, J. (2012). *Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar, da pessoa com esquizofrenia*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (8), 52-57. [online] <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n8/n8a08.pdf> 12-06-16

CARREIRO, R., MARTINS, R. (2009). *Caracterização dos primeiros surtos psicóticos e reavaliação após oito anos*. Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca. Psilogos.2007/2008; 4 (2)/5(1): 98-108 [online] http://www.psilogos.com/Revista/Vol5N1/Indice8_ficheiros/Carreiro.pdf 16-06-16

COELHO, P. (1987). *O Diário de um Mago*. Edição portuguesa. Caminho.

COLLIÈRE, M. (1999). *Promover a vida. Da pratica das mulheres aos cuidados de enfermagem*. 1ª edição Libel- Edições técnicas e Sindicato dos enfermeiros portugueses.

CORONAS, R., ARRUFAT, B, F., COBO, B, C. (2002). *Factores de riesgo de aparición de esquizofrenia*. *Psiquiatria Biologica* 2002;9 (3):116-25. [online]

[http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-factores-riesgo-
aparicion-esquizofrenia-13033909](http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-factores-riesgo-aparicion-esquizofrenia-13033909) 23-07-16

COUTO, P, G. (2005). *Florence Nightingale*. 1ª edição- Lusociencia

COUVREUR, C. (2001). *Qualidade de vida. A arte para viver no Sec XXI*. 1ª edição- Lusociencias. Edições técnicas e científicas, LDA.

DANTAS, R., SAWADA, N., MALERBO, M. (2003). *Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo*. *Revista Latino-Americano de Enfermagem* Julho-Agosto; 11(4):532-8. [online] <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1798/1845> 12-07-16

DSM-IV.TR. (2002). *Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª edição-Texto Revista. Climepsi Editores-Sociedade Medico Psicológica, LDA. Lisboa, Portugal.

FARIA, E., CHICARELLI, M. (2009). *Assistência de enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia: o desafio do cuidado em saúde mental*. *Revista Tecer - Belo Horizonte*_vol. 3, nº 2, novembro. [online] <http://www.bibliotekevirtual.org/revistas/Metodista-IH/RT/v02n03/v02n03a03.pdf> 13-05-16

FLECK, M. (2000). *O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas*. *Ciência e saúde coletiva*. Vol.5, n.1 ISSN 1413-8123. [online] http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100004 15-06-16

FORTIN, M. F.; CÔTE, J. e FILION, F. (2009). *Fundamentos e Processos de Investigação*. 1º Edição. Loures, Lusodidacta.

FREITAS, P., PINTO, J., NUNES, F., SOUSA, A., MACHADO, R. (2016). *Esquizofrenia refratária: qualidade de vida e fatores associados*. *Acta Paulense de Enfermagem* 29 (1):60-8. [online] <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/1982-0194-ape-29-01-0060.pdf> 12-04-16

GEORGIEFF, N. (1995). *A esquizofrenia*. 1ª edição- Copyright.

GIACON, B., GALERA, S. (2005). *Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem*. Revista de Enfermagem USP, 2006; 40(2):286-91. [online] http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342006000200019&script=sci_abstract&tlng=pt 4-03-16

GOMES, G, M, N. (2010). *História de Enfermagem em Cabo Verde*. 1º Edição. Grafica do Mindelo, Lda.

GRAÇA, A. (2014). *Introdução à investigação científica. Guia para investigar e redigir*. Edição da Universidade do Mindelo.

GRILLO, R. (2012). Esquizofrenia - Breves Noções. [online] <http://www.fccerejeira.com/documentos/textos/Rui%20Grilo%20-%20Esquizofrenia%20-%20Breves%20No%C3%A7%C3%B5es%20-%20Artigo%202012.pdf> 23-05-16

GUSMÃO, A., SANTOS, A, C, C., COSTA, S, G., MAIA, L, F, S. (2014). *Processos do cuidar em enfermagem com o paciente esquizofrénico*. Revista científica de enfermagem São Paulo, 4(11):18-22. [online] <http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/72/135> 17-07-16

HOSPITAL BAPTISTA DE SOUSA (2016). *Doentes internados no serviço de psiquiatria Com diagnóstico associado a esquizofrenia (cid 10-f20-esquizofrenia)*. Dados Estatísticos, 2010-2015.

LIMA, M. (1993). *O que é Enfermagem*. Coleção Primeiros Passos - Editora Brasiliense, São Paulo.

LOPES, L., SANTOS, S. (2010). *Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna*. Revista de Enfermagem Referência III Série - n.º 2 – Dezembro. [online] <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a19.pdf> 10-06-16

MCCLOSKEY, J, C., BULECHEK, G, M. (2004), *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. Editora Arteme. 3ª Ed. Porto Alegre

MATOS, M., BRAGANÇA, M., SOUSA, R. (2003). *Esquizofrenia de A a Z*. Climepsi, 1ª edição, Lisboa.

MATOS, A., PONTES, K. PEREIRA, A. (2014). *Revisão teórica da esquizofrenia e implicações causadas pela doença na vida do portador e dos familiares*. III Congresso Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais Aplicadas. Campus de Francisco Beltrão.

[online] http://cacphp.unioeste.br/eventos/conape/anais/iii_conape/Arquivos/Artigos/Artigos completos/MEDICINA/12.pdf 10-05-16

MINISTERIO DE SAÚDE DE CABO VERDE (2012). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016*. Saúde: um compromisso do estado, responsabilidade de todos. Volume II, Cabo Verde. [online] <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/238-plano-nacional-de-desenvolvimento-sanitario-vol-i/file> 12-06-16

MOURA, J. (2009). *Esquizofrenia – Característica Clínicas* [online] <https://psicologado.com/psicopatologia/transtornos-psiquicos/esquizofrenia-caracteristicas-clinicas> 19-5-16

ONMEDA (2012). *Esquizofrenia*. [online] <http://www.onmeda.es/enfermedades/esquizofrenia.html> 11-03-16

PALMEIRA, L., GERALDES, M., BEZERRA, A. (2013). *Entendendo a esquizofrenia. Como a família pode ajudar no tratamento?* Editora Interciência, 2ª edição, Rio de Janeiro.

PEREIRA, S, J, N. (2012). “*Qualidade de Vida e Bem-Estar na Esquizofrenia em Contexto Institucional: Influência do Suporte Social e da Dimensão Ocupacional*”. Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga. [online] <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13679/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado.pdf> 27-11-16.

PEREIRA, É, F., TEIXEIRA, C, S., SANTOS, A. (2012). *Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação*. Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v.26, n.2. [online] [file:///C:/Users/Antonela/Downloads/45895-54935-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Antonela/Downloads/45895-54935-1-PB%20(1).pdf) 10-11-16

RIBEIRO, A., BORGES, G. (2005). *Caraterização e intervenção na fase prodrômica da psicose*. Revista do serviço de psiquiatria do hospital Fernando Fonseca. Psilogos, Vol.01 Nº2 (Jan 2005). [online] <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/596/1/Borges%2c%2057-62.pdf> 30-05-16

SILVA, R. (2006). *Esquizofrenia: uma revisão*. Universidade Federal de São Paulo UNIFESP. [online] http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000400014 19-04-16

SOUZA, A., COUTINHO, E. (2006). *Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia*. Revista Brasileira Psiquiátrica. 2006; 28 (1):50-8. [online]

<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n1/a11v28n1.pdf> 20-07-16

TOWNSEND, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. 1ª Edição, Portugal, Lusociência.

APÊNDICES

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de Entrevista para as Pessoas com Diagnóstico de Esquizofrenia...	85
APÊNDICE II – Guião de Entrevista para os Enfermeiros.....	86
APÊNDICE III – Requerimento para recolha de dados.....	95
APÊNDICE IV – Termo de Consentimento Informado.....	96
APÊNDICE V – Pedido de Autorização para utilizar a QLS-R.....	97
APÊNDICE VI – Panfleto sobre esquizofrenia.....	100
APÊNDICE VII – Folhas de Resposta QLS-R.....	88

APÊNDICE I – Guião de Entrevista para as Pessoas com Diagnóstico de Esquizofrenia

Identificação

Idade: _____ (anos)

Sexo: F ☐ M ☐

Estado civil: _____

Residência: _____

Habilitações académicas: _____

Profissão: _____

Com quem vive _____

Questionário:

1. Há alguns anos você recebeu o diagnóstico da esquizofrenia, como vivência o diagnóstico da esquizofrenia?
2. Há quanto tempo foi-lhe diagnosticado esquizofrenia?
3. Que tipo de esquizofrenia lhe foi diagnosticado?
4. Sabe que a esquizofrenia é uma doença? Porquê?
5. Percebeu mudanças a nível pessoal, do seu comportamento, profissional e social depois dessa doença? Que mudanças percebeu?
6. Que sintomas apresenta?
7. Por que razão recorreu ao médico?
8. Como teve esse diagnóstico?
9. Quem acompanhou ao médico na fase aguda da doença?
10. Descreva a experiência do primeiro surto?
11. Que tipo de tratamento tem feito (farmacológico, não farmacológico)?
12. Das suas consultas, recebeu cuidados dos enfermeiros? Fala da sua experiência de ser cuidado por um enfermeiro?
13. Considera que as funções e os cuidados dos profissionais de saúde no geral e do enfermeiro em particular, são bem desempenhados? Porquê?
14. Já esteve internado? Descreva a experiência de internamento?
15. Se pudesse mudar alguma coisa nos cuidados recebidos dos enfermeiros, o que mudaria?

APÊNDICE II – Guião de Entrevista para os Enfermeiros

Identificação

- 1- Idade: _____ (anos)
- 2- Sexo: F ☐ M ☐
- 3- Habilitações académicas:
Bacharelado ☐
Licenciatura ☐
Mestrado ☐
Pós-graduação ☐ Qual? _____
Outros ☐ específica
- 4- Habilitações profissionais _____
Enfermeiro ☐
Enfermeiro com especialidade ☐ Qual? _____
- 5- Formação em Saúde Mental? _____
- 6- Tempo de experiência profissional (em anos)? _____
- 7- Tempo de experiência em Saúde Mental (anos)? _____

Questões:

1. No exercício das suas funções costuma prestar cuidados/ assistência à pessoas com diagnóstico de esquizofrenia?
2. Fala das suas vivências experiências relativamente ao cuidar da pessoa com esquizofrenia?
3. Descreve os seus sentimentos, pensamentos e perceções sobre a sua experiência como enfermeiro que cuida de pessoas com esquizofrenia?
4. No exercício das suas funções sente algum tipo de limitação no que concerne à autonomia no cuidar da pessoa com esquizofrenia? Qual os fatores que provoca tal limitação?
5. Como se sente em relação a isso?
6. Na sua experiência de trabalho com pessoas com esquizofrenia, considera que o diagnóstico de esquizofrenia afeta a qualidade de vida da pessoa acometida? Como?
7. Acha que as suas funções e ações enquanto enfermeiro em Saúde Mental contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos acometidos? O que tem sido feito para?

8. O interesse na qualidade de vida da pessoa com esquizofrenia vem com a intensão de facilitar o retorno dos doentes mentais à comunidade. O que o enfermeiro pode fazer para facilitar o retorno do esquizofrénico à comunidade a fim de melhorar a qualidade de vida deste?
9. Se pudesse mudar alguma coisa na prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia o que mudaria?
10. De um modo geral, quais são as intervenções de enfermagem promotoras da melhoria da qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia?

APÊNDICE IV – Termo de Consentimento Informado

Termo de consentimento informado

No âmbito da conclusão do curso de licenciatura em Enfermagem, pela Universidade do Mindelo, Antonela Soraia Silva Vitória, pretende realizar um estudo intitulado “Enfermagem na promoção da qualidade de vida da pessoa com esquizofrenia, com o objectivo de identificar as intervenções de Enfermagem promotoras da qualidade de vida da pessoa com esquizofrenia.

Certa de que a compreensão de como a esquizofrenia afecta a qualidade de vida contribui para o progresso da Enfermagem enquanto disciplina científica e arte do cuidar e para a melhoria da assistência de enfermagem as pessoas acometidas pela esquizofrenia, gostaria de conhecer a experiência de pessoas que vivenciam o diagnóstico da esquizofrenia. Para tal, convido-o(a) a participar no estudo.

Não se conhece potenciais inconvenientes relacionados com o estudo. No entanto, o investigador terá o cuidado de evitar possíveis desconfortos, danos ou angústia.

Sua participação consiste em responder algumas questões relativamente a vivência com o diagnóstico de esquizofrenia. Não há respostas certas ou erradas. Porém é de extrema importância que suas respostas sejam sinceras.

Suas respostas serão gravadas em áudio e o anonimato e a confidencialidade das informações prestadas serão garantidos durante e após o estudo e não serão publicadas com identificação sem o seu consentimento.

Sua participação é estritamente livre e voluntária, tendo a absoluta liberdade de interromper sua participação a qualquer momento, sem incorrer em pena e sem que seja necessário justificar a sua decisão.

Em caso de dúvida solicite o seu esclarecimento por parte do investigador (Tel.: 9773337)

Pelo presente, eu _____ consinto livremente participar no estudo e asseguro que compreendi o objectivo e a natureza do estudo.

Assinatura (pesquisador) _____

Mindelo, _____ de _____ de 2016.

APÊNDICE V - Pedido de Autorização para utilizar a QLS-BR



ESCOLA DE SAÚDE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Exma. Sr.^a Doutora Clareci Silva Cardoso

Assunto: *Pedido de autorização para utilização da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes com Esquizofrenia (QLS-BR).*

Eu, Antonela Soraia Silva Vitória, cabo-verdiana, aluna do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, localizada na ilha de São Vicente – Cabo Verde, estou a realizar o trabalho de conclusão de curso sob o tema ***“Enfermagem na promoção da Qualidade de Vida da pessoa com esquizofrenia”***, sob a orientação da Psicóloga e Docente Denise Oliveira Centeio, Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias. O estudo visa Identificar as Intervenções de Enfermagem Promotoras na Qualidade de Vida da Pessoa com Esquizofrenia

Assim sendo, venho muito respeitosamente solicitar a V. Excia autorização para utilizar a escala de que é autora.

Agradeço desde já a atenção da V. Excia e endereço os meus melhores cumprimentos.

Atenciosamente.

Antonela Soraia Silva Vitória

Correio eletrónico: Ant_nela91@hotmail.com

Telefone: 00238 977 33 37

APÊNDICE VI – Panfleto sobre esquizofrenia



A importância da família na vida da pessoa com esquizofrenia.

A família é importante para o tratamento do doente pois com o apoio da família, consegue compensar, reintegrar-se na sociedade mais depressa ficando vários anos sem ter a crise.

A família deve estar consciencializada que o doente pode ter recaídas e conduzir a um possível internamento hospitalar e, que o seu apoio ao doente é bastante importante durante a fase de internamento, mostrando sempre disponível e interagindo na recuperação do familiar doente.

Esquizofrenia e abuso das substâncias

Quando o indivíduo usa droga e tem probabilidade de desenvolver a esquizofrenia, essa droga tende a acelerar o desenvolvimento da doença.

O uso de drogas agrava os sintomas prejudicando o processo de recuperação, não deixando a pessoa ter uma vida normal.

Estigma e preconceitos associados à doença

As pessoas com esquizofrenia são excluídas da sociedade, marginalizadas, ignorando-se o próprio sofrimento humano.

Os esquizofrénicos, merecem ser respeitados, pois a esquizofrenia é uma doença crónica como qualquer outra doença, que embora não tendo cura o doente pode estabilizar e levar uma vida normal.

Os esquizofrénicos são violentos?

Não são violentos, mas durante a crise podem ser agressivos devido aos sintomas da doença, mas que são resolvidos com a medicação.

Quando estão medicados ou estabilizados tendem a ser calmos e tímidos



Elaborado por : Antonela Vitória, estagiária de Enfermagem do 4º ano, sob a orientação da Professora Denise Oliveira Centeio



Rua Patrice Lumumba, CP 643 - MindeLO - São Vicente - C-460 / EFCE
www.uni-mindel0.edu.cv

"Não há discriminação, mas sim o respeito e a inclusão social do esquizofrénico."


Esquizofrenia

O que é a esquizofrenia?

é uma doença mental grave que afeta a zona do eu, caracterizado pela perda de controlo da realidade.

Como se manifesta?

A pessoa isola-se, fica indiferente a tudo o que passa a sua volta, com um olhar distante, escuta vozes, está sempre desconfiado e pensa que os outros querem fazê-lo mal.




Qual é a causa da esquizofrenia?

É causada por fatores ambientais como (complicações da gravidez e do parto, infeções, poucos recursos para lidar com situações estressantes) e fatores psicológicos (experiências traumáticas, conflitos passados e comportamento dos pais em relação aos filhos).

Quais são os primeiros sintomas ?

Normalmente os primeiros sintomas aparecem por volta dos 18 a 25 anos, mas pode aparecer na adolescência e no final da idade adulta.

- * Alucinações (visuais e auditivas);
- * Diminuição da motivação para realizar atividades diárias;
- * Falta de cuidados pessoais (higiene, aparência física);
- * Isola-se das pessoas (familiares e amigos);
- * Fala sozinho;
- * Dificuldade de dormir;
- * Está sempre desconfiado (acha que os outros falam mal dele ou querem prejudicá-lo);
- * Agitação.



Como se diagnostica?

O diagnóstico é feito por um psiquiatra, durante a consulta onde ele vai realizar a avaliação do doente acerca da suas experiências.

O tempo da evolução dos sintomas e o impacto da doença, depois de várias observações o diagnóstico é confirmado.

Prevalência


Estima-se que cerca de 0,7% a 1,0% da população mundial está afetada por esse distúrbio.

Qual é o tratamento da esquizofrenia?

O tratamento varia de acordo com o tipo de esquizofrenia diagnosticado e a evolução da doença. Podendo ser farmacológico (feito pelo médico psiquiatra) e não farmacológico ou psicoterapia (feito por um psicólogo).

De qualquer modo, a ingestão do medicamento só deve ser feita consoante a prescrição médica.

A pessoa com esquizofrenia nunca deve automedicar-se. A família é importante para apoiar a pessoa com esquizofrenia em todo terapêutico, em especial na administração dos medicamentos.



APÊNDICE VII – Folhas de respostas QLS-BR

$$\begin{aligned} \text{Fator 1} (4, 0, 2, 0, 2, 2, 1) &= 11/7 = 2 \text{ Pc} \\ \text{Fator 2} (0, 0, 1, 1, 3) &= 5/5 = 1 \text{ Pg} \\ \text{Fator 3} (1, 6, 6, 2, 3, 2, 5) &= 25/7 = 4 \text{ Pc} \end{aligned}$$

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA QLS-BR

Sujeito: _____

Data da Avaliação: 20.6.16

Início da aplicação: 16h47 min.

21 ITENS

	1 - Relações familiares	0	1	2	3	④	5	6	9	[4]
	2 - Amigos íntimos	①	1	2	3	4	5	6		[0]
	3 - Relações com colegas	0	1	②	3	4	5	6		[2]
F ₁	4 - Atividade Social	①	1	2	3	4	5	6		[0]
	5 - Rede Social	0	1	②	3	4	5	6		[2]
	6 - Iniciativa Social	0	1	②	3	4	5	6		[2]
	7 - Afastamento Social	0	①	2	3	4	5	6		[1]
F ₃	8 - Relações afetivo-sexuais	0	①	2	3	4	5	6		[1]
F ₂	9 - Funcionamento ocupacional	①	1	2	3	4	5	6		[0]
F ₂	10 - Nível de realização	①	1	2	3	4	5	6		[0]
F ₂	11 - Sub-emprego	0	①	2	3	4	5	6		[1]
F ₂	12 - Satisfação ocupacional	0	①	2	3	4	5	6	⑨	[9] = 1 4/4 = 1
F ₃	13 - Objetivos de vida	0	1	2	3	4	5	⑤		[6]
	14 - Motivação	0	1	2	③	4	5	6		[3]
F ₃	15 - Curiosidade	0	1	2	3	4	5	⑥		[6]
	16 - Anedonia	0	1	2	③	4	5	6		[3]
F ₂	17 - Utilização do Tempo	0	1	2	③	4	5	6		[3]
F ₃	18 - Objetos Comuns	0	1	②	3	4	5	6		[2]
F ₃	19 - Atividades Comuns	0	1	2	③	4	5	6		[3]
F ₃	20 - Empatia	0	1	②	3	4	5	6		[2]
F ₃	21 - Interação na entrevista	0	1	2	3	4	⑤	6		[5]

$$TG = 47/21 = 2 \text{ Pc}$$

Sub-escalas:

Fator 1: Rede social (itens 1-7) ④①

Fator 2: Nível Ocupacional (itens 9-12 e 17) ⑤

Fator 3: Funções intrapsíquicas e Relações interpessoais (itens 8,13,15,18-21) ②⑤

Escala Global: (itens 1-21)

Término aplicação: 17h29 min.

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia -QLS-

$$\begin{aligned} F_2 - (9, 10, 11, 17) \\ (0, 0, 1, 3) &= 4/4 = 1 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Fator 1} - (2, 0, 1, 0, 2, 3, 3) &= 11/7 = 2 \text{ PC} \\ \text{Fator 2} - (4, 4, 5, 4, 4) &= 21/5 = 4 \text{ PC} \\ \text{Fator 3} - (0, 5, 2, 3, 2, 6, 5) &= 23/7 = 3 \text{ PC} \end{aligned}$$

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA QLS-BR

Sujeito:

Data da Avaliação: 28/6/2016

Início da aplicação: 17 h 10 min.

21 ITENS

	1 - Relações familiares	0	1	2	3	4	5	6	9	9	2
	2 - Amigos íntimos	0	1	2	3	4	5	6	0	0	
	3 - Relações com colegas	0	1	2	3	4	5	6	1	1	
F ₁	4 - Atividade Social	0	1	2	3	4	5	6	0	0	
	5 - Rede Social	0	1	2	3	4	5	6	2	2	
	6 - Iniciativa Social	0	1	2	3	4	5	6	3	3	
	7 - Afastamento Social	0	1	2	3	4	5	6	3	3	
F ₃	8 - Relações afetivo-sexuais	0	1	2	3	4	5	6	0	0	
F ₂	9 - Funcionamento ocupacional	0	1	2	3	4	5	6	4	4	
F ₂	10 - Nível de realização	0	1	2	3	4	5	6	4	4	
F ₂	11 - Sub-emprego	0	1	2	3	4	5	6	5	5	
F ₂	12 - Satisfação ocupacional	0	1	2	3	4	5	6	9	4	
F ₃	13 - Objetivos de vida	0	1	2	3	4	5	6	5	5	
	14 - Motivação	0	1	2	3	4	5	6	3	3	
F ₃	15 - Curiosidade	0	1	2	3	4	5	6	2	2	
	16 - Anedonia	0	1	2	3	4	5	6	4	4	
F ₂	17 - Utilização do Tempo	0	1	2	3	4	5	6	4	4	
F ₃	18 - Objetos Comuns	0	1	2	3	4	5	6	3	3	
F ₃	19 - Atividades Comuns	0	1	2	3	4	5	6	2	2	
F ₃	20 - Empatia	0	1	2	3	4	5	6	6	6	
F ₃	21 - Interação na entrevista	0	1	2	3	4	5	6	5	5	

$$T_9 = 62/21 = 3$$

Sub-escalas:

Fator 1: Rede social (itens 1-7) (11)

Fator 2: Nível Ocupacional (itens 9-12 e 17) (21)

Fator 3: Funções intrapsíquicas e Relações interpessoais (itens 8, 13, 15, 18-21) (23)

Escala Global: (itens 1-21)

Término aplicação: 17 h 51 min.

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia -QLS-

$$\begin{aligned} F_1 - (2, 3, 4, 5, 6, 7) \\ (0, 1, 0, 2, 3, 3) &= 9/6 = 2 \end{aligned}$$

$$\text{Fator 1} = (3, 3, 2, 0, 2, 2, 1) = 13/7 = 2 \text{ Pc}$$

$$\text{Fator 2} = (0, 0, 4, 2, 2) = 8/5 = 2 \text{ Pc}$$

$$\text{Fator 3} = (0, 3, 0, 2, 0, 4, 5) = 14/7 = 2 \text{ Pc}$$

(3)

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA QLS-BR

Sujeito: 1

Data da Avaliação: 29.6.16

Início da aplicação: 11 h 30 min.

21 ITENS

F ₁	1 - Relações familiares	0	1	2	(3)	4	5	6	9	(3)
	2 - Amigos íntimos	0	1	2	(3)	4	5	6		(3)
	3 - Relações com colegas	0	1	(2)	3	4	5	6		(2)
	4 - Atividade Social	(0)	1	2	3	4	5	6		(0)
	5 - Rede Social	0	1	(2)	3	4	5	6		(2)
	6 - Iniciativa Social	0	1	(2)	3	4	5	6		(2)
	7 - Afastamento Social	0	(1)	2	3	4	5	6		(1)
F ₃	8 - Relações afetivo-sexuais	(0)	1	2	3	4	5	6		(0)
F ₂	9 - Funcionamento ocupacional	(0)	1	2	3	4	5	6		(0)
F ₂	10 - Nível de realização	(0)	1	2	3	4	5	6		(0)
F ₂	11 - Sub-emprego	0	1	2	3	(4)	5	6		(4)
F ₂	12 - Satisfação ocupacional	0	1	2	3	4	5	6	(9)	(9)
F ₃	13 - Objetivos de vida	0	1	2	(3)	4	5	6		(3)
	14 - Motivação	0	(1)	2	3	4	5	6		(4)
F ₃	15 - Curiosidade	(0)	1	2	3	4	5	6		(0)
	16 - Anedonia	0	1	(2)	3	4	5	6		(2)
F ₂	17 - Utilização do Tempo	0	1	(2)	3	4	5	6		(2)
F ₃	18 - Objetos Comuns	0	1	(2)	3	4	5	6		(2)
F ₃	19 - Atividades Comuns	(0)	1	2	3	4	5	6		(0)
F ₃	20 - Empatia	0	1	2	3	(4)	5	6		(4)
F ₃	21 - Interação na entrevista	0	1	2	3	4	(5)	6		(5)

$$TQ = 38/21 = 2 \text{ Pc}$$

Sub-escalas:

Fator 1: Rede social (itens 1-7) (13)

Fator 2: Nível Ocupacional (itens 9-12 e 17) (8)

Fator 3: Funções intrapsíquicas e Relações interpessoais (itens 8, 13, 15, 18-21) (14)

Escala Global: (itens 1-21)

Término aplicação: 12 h 14 min.

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia -QLS-

$$F_2 (9, 10, 11, 17) \\ (0, 0, 4, 2) = 6/4 = 2$$

$$\text{Fator 1} - (3, 4, 3, 0, 2, 2, 4) = 18/7 = 3 \text{ Pc}$$

$$\text{Fator 2} - (3, 3, 5, 4, 6) = 21/5 = 4 \text{ Pc}$$

$$\text{Fator 3} - (0, 0, 0, 5, 2, 5, 6) = 18/7 = 3 \text{ Pc}$$

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA QLS-BR

Sujeito: _____

Data da Avaliação: 22/6/2016

Início da aplicação: 16 h 30 min.

21 ITENS

F ₁	1 - Relações familiares	0	1	2	3	4	5	6	⑨	9	3
	2 - Amigos íntimos	0	1	2	3	④	5	6		4	
	3 - Relações com colegas	0	1	2	③	4	5	6		3	
	4 - Atividade Social	⑩	1	2	3	4	5	6		0	
	5 - Rede Social	0	1	②	3	4	5	6		2	
	6 - Iniciativa Social	0	1	②	3	4	5	6		2	
	7 - Afastamento Social	0	1	2	3	④	5	6		4	
F ₂	8 - Relações afetivo-sexuais	⑩	1	2	3	4	5	6		0	
F ₂	9 - Funcionamento ocupacional	0	1	2	③	4	5	6		3	
F ₂	10 - Nível de realização	0	1	2	③	4	5	6		3	
F ₂	11 - Sub-emprego	0	1	2	3	4	⑤	6		5	
F ₂	12 - Satisfação ocupacional	0	1	2	3	④	5	6	⑨	9	4
F ₃	13 - Objetivos de vida	⑩	1	2	3	4	5	6		0	
F ₃	14 - Motivação	0	1	2	3	④	5	6		4	
F ₃	15 - Curiosidade	⑩	1	2	3	4	5	6		0	
F ₃	16 - Anedonia	0	1	2	③	4	5	6		3	
F ₂	17 - Utilização do Tempo	0	1	2	3	4	5	⑥		6	
F ₃	18 - Objetos Comuns	0	1	2	3	4	⑤	6		5	
F ₃	19 - Atividades Comuns	0	1	②	3	4	5	6		2	
F ₃	20 - Empatia	0	1	2	3	4	⑤	6		5	
F ₃	21 - Interação na entrevista	0	1	2	3	4	5	⑥		6	

Sub-escalas:

Fator 1: Rede social (Itens 1-7)

Fator 2: Nível Ocupacional (Itens 9-12 e 17)

Fator 3: Funções intrapsíquicas e Relações interpessoais (Itens 8, 13, 15, 18-21)

Escala Global: (Itens 1-21)

Término aplicação: 17 h 10 min.

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia -QLS-

$$\text{F}_2 - (9, 10, 11, 17) = (3, 3, 5, 6) = 17/4 = 4$$

$$\text{F}_1 - (2, 3, 4, 5, 6, 7) = (4, 3, 0, 2, 2, 4) = 16/6 = 3$$

$$\text{TG} = 64/21 = 3 \text{ Pc}$$

$$\text{Fator 1} = (4, 3, 3, 2, 4, 3, 4) = 23/7 = 3 \text{ Pc}$$

$$\text{Fator 2} = (2, 0, 4, 3, 4) = 13/5 = 3 \text{ Pc}$$

$$\text{Fator 3} = (1, 4, 3, 2, 1, 3, 6) = 20/7 = 3 \text{ Pc}$$

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA QLS-BR.

Sujeito:

Data da Avaliação: 21/6/2016

Início da aplicação: 16 h 28 min.

21 ITENS

1 - Relações familiares	0	1	2	3	4	5	6	9	4
2 - Amigos íntimos	0	1	2	3	4	5	6		3
3 - Relações com colegas	0	1	2	3	4	5	6		3
4 - Atividade Social	0	1	2	3	4	5	6		2
5 - Rede Social	0	1	2	3	4	5	6		4
6 - Iniciativa Social	0	1	2	3	4	5	6		3
7 - Afastamento Social	0	1	2	3	4	5	6		4
8 - Relações afetivo-sexuais	0	1	2	3	4	5	6		1
9 - Funcionamento ocupacional	0	1	2	3	4	5	6		2
10 - Nível de realização	0	1	2	3	4	5	6		0
11 - Sub-emprego	0	1	2	3	4	5	6		4
12 - Satisfação ocupacional	0	1	2	3	4	5	6	9	4 = 3 10/4 = 3
13 - Objetivos de vida	0	1	2	3	4	5	6		4
14 - Motivação	0	1	2	3	4	5	6		3
15 - Curiosidade	0	1	2	3	4	5	6		3
16 - Anedonia	0	1	2	3	4	5	6		3
17 - Utilização do Tempo	0	1	2	3	4	5	6		4
18 - Objetos Comuns	0	1	2	3	4	5	6		2
19 - Atividades Comuns	0	1	2	3	4	5	6		1
20 - Empatia	0	1	2	3	4	5	6		3
21 - Interação na entrevista	0	1	2	3	4	5	6		6

Sub-escalas:

Fator 1: Rede social (itens 1-7)

(23)

Fator 2: Nível Ocupacional (itens 9-12 e 17)

(13)

Fator 3: Funções intrapsíquicas e Relações interpessoais

(itens 8,13,15,18-21)

(20)

Escala Global: (itens 1-21)

Término aplicação: 17 h 12 min.

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia -QLS-

$$\text{F2} (9, 10, 11 \text{ e } 17) \\ (2, 0, 4, 4) \\ \frac{10}{4} = 3$$

$$\begin{aligned} \text{Fator 1} &= (6, 0, 3, 0, 2, 2, 1) = 14/7 = 2 \text{ Pc} \\ \text{Fator 2} &= (4, 3, 3, 3, 3) = 16/5 = 3 \text{ Pc} \\ \text{Fator 3} &= (0, 0, 0, 3, 1, 4, 6) = 14/7 = 2 \text{ Pc} \end{aligned}$$

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA QLS-BR.

Sujeito: _____

Data da Avaliação: 29/6/16

Início da aplicação: 17h30 min.

21 ITENS

F_1	1 - Relações familiares	0	1	2	3	4	5	6	9	[6]
	2 - Amigos íntimos	0	1	2	3	4	5	6		[0]
	3 - Relações com colegas	0	1	2	3	4	5	6		[3]
	4 - Atividade Social	0	1	2	3	4	5	6		[0]
	5 - Rede Social	0	1	2	3	4	5	6		[2]
	6 - Iniciativa Social	0	1	2	3	4	5	6		[2]
	7 - Afastamento Social	0	1	2	3	4	5	6		[1]
F_3	8 - Relações afetivo-sexuais	0	1	2	3	4	5	6		[0]
F_2	9 - Funcionamento ocupacional	0	1	2	3	4	5	6		[4]
F_2	10 - Nível de realização	0	1	2	3	4	5	6		[3]
F_2	11 - Sub-emprego	0	1	2	3	4	5	6		[3]
F_2	12 - Satisfação ocupacional	0	1	2	3	4	5	6	9	[3]
F_3	13 - Objetivos de vida	0	1	2	3	4	5	6		[0]
	14 - Motivação	0	1	2	3	4	5	6		[4]
F_3	15 - Curiosidade	0	1	2	3	4	5	6		[0]
	16 - Anedonia	0	1	2	3	4	5	6		[5]
F_2	17 - Utilização do Tempo	0	1	2	3	4	5	6		[3]
F_3	18 - Objetos Comuns	0	1	2	3	4	5	6		[3]
F_3	19 - Atividades Comuns	0	1	2	3	4	5	6		[1]
F_3	20 - Empatia	0	1	2	3	4	5	6		[4]
F_3	21 - Interação na entrevista	0	1	2	3	4	5	6		[6]

Sub-escalas:

Fator 1: Rede social (itens 1-7)

14

Fator 2: Nível Ocupacional (itens 9-12 e 17)

16

Fator 3: Funções intrapsíquicas e Relações interpessoais (itens 8,13,15,18-21)

14

Escala Global: (itens 1-21)

Término aplicação: 18h16 min.

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia -QLS-

$$Tg = 53/21 = 3 \text{ Pc}$$

$$\text{Fator 1}(3, 0, 2, 0, 2, 2, 2) = 11/7 = 2 \text{ Pc}$$

$$\text{Fator 2}(5, 4, 0, 4, 5) = 18/5 = 4 \text{ Pc}$$

$$\text{Fator 3}(0, 6, 2, 3, 2, 5, 6) = 24/7 = 3 \text{ Pc}$$

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA QLS-BR

Sujeito: _____

Data da Avaliação: 30/6/16

Início da aplicação: 17h31 min.

21 ITENS

F1	1 - Relações familiares	0	1	2	(3)	4	5	6	9	(3)
	2 - Amigos íntimos	(0)	1	2	3	4	5	6		(0)
	3 - Relações com colegas	0	1	(2)	3	4	5	6		(2)
	4 - Atividade Social	(0)	1	2	3	4	5	6		(0)
	5 - Rede Social	0	1	(2)	3	4	5	6		(2)
	6 - Iniciativa Social	0	1	(2)	3	4	5	6		(2)
	7 - Afastamento Social	0	1	(2)	3	4	5	6		(2)
F3	8 - Relações afetivo-sexuais	(0)	1	2	3	4	5	6		(0)
F2	9 - Funcionamento ocupacional	0	1	2	3	4	(5)	6		(5)
F2	10 - Nível de realização	0	1	2	3	(4)	5	6		(4)
F2	11 - Sub-emprego	(0)	1	2	3	4	5	6		(0)
F2	12 - Satisfação ocupacional	0	1	2	3	(4)	5	6	9	(4)
F3	13 - Objetivos de vida	0	1	2	3	4	5	(6)		(6)
	14 - Motivação	0	1	2	(3)	4	5	6		(3)
F3	15 - Curiosidade	0	1	(2)	3	4	5	6		(2)
	16 - Anedonia	0	1	2	3	(4)	5	6		(4)
F2	17 - Utilização do tempo	0	1	2	3	4	(5)	6		(5)
F3	18 - Objetos Comuns	0	1	2	(3)	4	5	6		(3)
F3	19 - Atividades Comuns	0	1	(2)	3	4	5	6		(2)
F3	20 - Empatia	0	1	2	3	4	(5)	6		(5)
F3	21 - Interação na entrevista	0	1	2	3	4	5	(6)		(6)

Sub-escalas:

Fator 1: Rede social (itens 1-7)

(11)

Fator 2: Nível Ocupacional (itens 9-12 e 17)

(18)

Fator 3: Funções intrapsíquicas e Relações interpessoais

(itens 8, 13, 15, 18-21)

(24)

Escala Global: (itens 1-21)

Término aplicação: 18h16 min.

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia -QLS-

IG = $60/24 = 2.5$
Pc

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Escala de Avaliação da Qualidade de Vida para pacientes com esquizofrenia.....	100
ANEXO II – Autorização para utilizar o instrumento QLS-BR.....	120

ANEXO I – ESCALA DE AVALIAÇÃO QLS-BR

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA: QLS-BR.

Referências da escala brasileira:

Cardoso, C.S. **Adaptação transcultural para o Brasil de uma escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: Escala QLS.** 2001. 146f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, Área de concentração em Epidemiologia) Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Cardoso C.S, Bandeira M, Caiaffa W.T e Fonseca J.O.P. Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia QLS-BR: Adaptação transcultural para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.51, n.1, p. 31-38, 2002.

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia QLS-BR.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA: QLS-BR¹

Instruções de aplicação

Para a aplicação da escala QLS-BR, uma situação de privacidade deve ser buscada. O paciente não deve responder o instrumento acompanhado de familiar, cônjuge ou amigo.

O paciente deve ser adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação do instrumento e o destino dos dados obtidos. Deve também se sentir à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação. Em uma situação de pesquisa, uma vez que o paciente concorde em responder, é fundamental a obtenção do consentimento livre e esclarecido.

Deve ser enfatizado que o questionário se refere às três últimas semanas da vida do paciente, independente do local onde o indivíduo se encontre. O instrumento deve ser respondido em apenas um encontro.

Cada item da escala QLS inclui três partes. Primeiro há uma breve exposição sobre o item, para ajudar o entrevistador a compreender o parâmetro a ser avaliado. Em seguida, algumas perguntas são fornecidas, para que o entrevistador as utilize na entrevista, buscando avaliar o item. Por último, há uma grade de cotação com 7 pontos, que o entrevistador deve utilizar para fazer o seu julgamento sobre o item avaliado. Alguns destes pontos contêm descrições, outros não. O entrevistador deve assinalar o número escolhido nesta grade de 7 pontos, para cada um dos 21 itens da escala.

Todos os itens da escala devem ser avaliados. Cada item deve ser explorado tanto quanto necessário, para permitir ao entrevistador a oportunidade de fazer um bom julgamento clínico. Para isto, ele poderá complementar a pergunta sugerida, ou mesmo fazer perguntas adicionais, além daquelas incluídas na escala. Adaptações devem ser feitas pelo avaliador, quando fatores extrínsecos estiverem claramente envolvidos (por exemplo, contato social diminuído devido à doença física grave).

A escala QLS-BR deve ser aplicada em uma entrevista semi-estruturada por um profissional de saúde previamente treinado. O tempo de aplicação dura aproximadamente 45 minutos.

Os usuários devem ser lembrados de que, usando a escala QLS-BR não devem modificar as orientações, questões e layout de nenhuma forma.

¹ **Referência da escala original:** Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, v.10, p. 388-398, 1984.

AVALIAR RELACIONAMENTOS ÍNTIMOS COM MEMBROS DA CASA

NOTA: Este item deve receber a nota técnica (9) se o sujeito vive sozinho e sem a família imediata perto. Para avaliação do fator e da escala global, este item deverá receber um escore equivalente à média dos itens 2 a 7, que compõem o Fator Rede Social.

Este item visa avaliar relacionamentos íntimos, que envolvem participação e cuidados mútuos, com a família imediata ou com membros da residência onde o paciente vive atualmente.

Perguntas sugeridas:

Você se dá bem com todas as pessoas com quem você atualmente mora ou com sua família imediata?	0 - Praticamente nenhuma intimidade.
Com que frequência você tem conversado com eles?	1 -
Você pode conversar assuntos íntimos com eles?	2 - Apenas interações íntimas escassas e intermitentes.
Eles podem conversar assuntos íntimos com você?	3 -
Como é o relacionamento com essas pessoas?	4 - Algumas interações íntimas consistentes, mas reduzidas em extensão ou intensidade; ou intimidade apenas presente imprevisivelmente.
Dê exemplos de coisas que vocês têm feito juntos.	5 -
Quando você está em casa, você fica junto com sua família ou prefere ficar sozinho?	6 - Envolvimento apropriado em relações íntimas com membros da casa ou família próxima.
	9 - <i>Fazer a contagem aqui se o sujeito vive sozinho e sem a família imediata perto.</i>

2 - AVALIAR RELACIONAMENTOS COM AMIGOS ÍNTIMOS

Este item visa avaliar relacionamentos com amigos íntimos, envolvendo participação e cuidados mútuos, com pessoas que não sejam da família imediata do paciente. Excluir relacionamentos com trabalhadores da saúde mental.

Perguntas sugeridas:

Além da sua família, você tem amigos a quem você é especialmente ligado?	0 - Praticamente ausente.
Quantos amigos você tem?	1 -
Você pode conversar assuntos pessoais com eles?	2 - Apenas relações esparsas ou intermitentes.
Eles podem conversar assuntos pessoais com você?	3 -
Com que frequência você tem falado com eles?	4 - Algumas relações íntimas consistentes mas reduzidas em número ou intensidade; ou intimidade apenas presente imprevisivelmente.
Como está o seu relacionamento com esses amigos?	5 -
	6 - Envolvimento apropriado com relacionamento íntimo com mais de uma pessoa.

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia QLS-BR.

3 - AVALIAR RELACIONAMENTOS ATIVOS COM COLEGAS.

Este item visa avaliar relacionamentos com outras pessoas, onde há uma apreciação mútua e compartilhamento de interesses ou atividades em comum, mas sem o investimento emocional íntimo do item anterior. Excluir relacionamento com trabalhadores de saúde mental e outros membros da casa.

Perguntas sugeridas:

Além de amigos pessoais mais próximos, existem colegas ou conhecidos com os quais você tem tido o prazer de fazer coisas?

0 - Praticamente ausente.

1 -

Quantos?

2 - Poucas relações ativas com colegas e apenas contato infrequente.

Você tem se encontrado com eles?

3 -

Com que frequência?

Que tipo de coisas vocês têm feito juntos?

4 - Algumas relações ativas com colegas em desenvolvimento, mas com contato reduzido e limitada atividade compartilhada.

Você tem encontrado com pessoas em lugares como clubes, igrejas, bares, danceterias?

5 -

Você tem tido encontros com colegas, tais como irem lanchar ou saírem juntos?

6 - Envolvimento apropriado em relações ativas com colegas.

4 - AVALIAR NÍVEL DE ATIVIDADE SOCIAL

Este item visa avaliar o envolvimento do paciente em atividades realizadas com outras pessoas, com o objetivo de diversão. Excluir atividades sociais que tenham outros objetivos, por exemplo, trabalho e escola. Excluir a psicoterapia.

Perguntas sugeridas:

Você costuma sair com outras pessoas para se divertir?

0 - Praticamente ausente.

Quem são essas pessoas?

1 -

Que tipo de coisas vocês costumam fazer?

2 - Atividade social ocasional, mas prescinde de um padrão regular de tal atividade, ou limita-se apenas a atividade com a família imediata ou membros da casa.

Você participa de clubes ou outros grupos sociais (associação de bairro, coral, grupo de jovens e outros)?

3 -

4 - Alguma atividade social regular, mas reduzida em frequência ou diversidade.

5 -

6 - Nível apropriado de atividade social regular.

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia.QLS-BR.

5 - AVALIAR A REDE SOCIAL ENVOLVIDA

Este item visa avaliar até que ponto as outras pessoas se preocupam com o paciente, se interessam por sua vida ou conhecem as suas atividades. Excluir os funcionários de Serviços de Saúde Mental.

Perguntas sugeridas:

Existem pessoas que têm estado preocupadas com sua felicidade e seu bem estar?

Quantas?

Quem são essas pessoas?

De que forma demonstram isto?

Se alguma coisa importante lhe acontecesse, a quem você contaria?

Existem pessoas que lhe oferecem apoio emocional?

Existem pessoas que lhe ajudam nos assuntos do dia-a-dia e a tomar decisões na vida prática?

Se fosse preciso pedir ajuda, a quem você pediria?

0 - Praticamente ausente.

1 -

2 - Mínima em número ou grau de envolvimento, e/ou limitada à família imediata.

3 -

4 - Presença de alguma rede social envolvida, mas reduzida em grau de envolvimento.

5 -

6 - Adequada rede social envolvida, em extensão e grau de envolvimento.

6 - AVALIAR INICIATIVAS SOCIAIS

Este item visa avaliar em que grau a pessoa toma a iniciativa de direcionar suas interações sociais. Avaliar: o quê? Quanto? E com quem?

Perguntas sugeridas:

Você tem sempre realizado coisas sozinho ou com outras pessoas?

Com quem?

O que vocês fazem?

De que maneira você procura as pessoas?

Você costuma falar com pessoas pelo telefone ou pessoalmente?

É você quem convida as pessoas ou são elas que convidam você para fazer as coisas?

Você já desistiu de sair para se divertir por achar difícil convidar outras pessoas?

0 - Atividade social quase sempre dependente da iniciativa de outros.

1 -

2 - Iniciativa social esporádica, porém vida social significativamente empobrecida, devido à forma de passividade social ou iniciativa limitada à família imediata.

3 -

4 - Evidência de alguma redução da iniciativa social, mas com apenas mínimas consequências adversas sobre a atividade social.

5 -

6 - Iniciativa social adequada.

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia.QLS-BR.

7 - AVALIAR AFASTAMENTO SOCIAL

Este item visa avaliar em que grau a pessoa evita as interações sociais, devido ao seu desconforto ou desinteresse.

Perguntas sugeridas:

Você tem se sentido incomodado com pessoas?

Você tem recusado convites para fazer coisas junto com outras pessoas?

Você tem recusado esses convites mesmo quando você não tem nada para fazer?

Você tem evitado atender ao telefone ou evitado atender pessoas?

Você tem lidado com pessoas somente quando você precisa delas?

Você tem evitado companhia em casa?

Você tem preferido estar sozinho?

O fato de você querer ficar sozinho tem interferido em sua vida?

0 - Evitação ativa de praticamente todo contato social.

1 -

2 - Tolerância aquele contato social exigido para atender a outras necessidades, mas tem muito pouco contato social pelo próprio contato; ou falta de afastamento apenas com a família imediata.

3 -

4 - Algum engajamento social agradável e satisfatório, porém reduzido devido à evitação.

5 -

6 - Nenhuma evidência de afastamento social significativo.

8 - AVALIAR RELAÇÕES AFETIVO- SEXUAIS

Este item visa avaliar a capacidade para relações íntimas maduras e atividade sexual satisfatória. A formulação das questões presume uma orientação heterossexual da pessoa. Em casos evidentes de preferência homossexual constante, reformular adequadamente as questões e avaliar estas mesmas capacidades.

Perguntas sugeridas se solteiro:

Suas atividades sociais têm envolvido mulheres/homens?

0 - Nenhum interesse sexual, ou evitação ativa.

Tem tido encontros íntimos?

1 -

Te incomoda ou aborrece ter relacionamentos mais íntimos?

2 - Algum contato sexual limitado mas superficial com evitação de intimidade; ou atividade sexual apenas como liberação física sem envolvimento emocional; ou relacionamentos marcados por rompimento grave e crônico, insatisfação ou caos afetivo.

Teve um (a) ou mais namorados (as)? E atualmente?

3 -

Os relacionamentos têm sido agradáveis?

Você já gostou ou esteve apaixonado por alguém?

4 - Relacionamento com alguma intimidade e envolvimento emocional, predominantemente satisfatório, e, talvez alguma expressão sexual ou sinais físicos de afeição.

Você demonstra carinho, tais como abraçar e beijar?

5 -

Está mantendo relações sexuais?

São satisfatórias?

6 - Normalmente tem relacionamentos satisfatórios, emocionalmente ricos e expressão sexual íntima e adequada e sinais físicos de expressão.

Sugestões se casado ou morando com alguém:

Você está feliz no seu relacionamento com seu parceiro?

Vocês fazem muitas coisas juntos?

Que tipo de coisas vocês fazem juntos?

Vocês conversam muito juntos?

Vocês podem conversar assuntos íntimos?

Vocês brigam muito?

Você demonstra carinho, tais como abraçar e beijar?

Sua vida sexual tem sido satisfatória?

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia.QLS-BR.

9 – AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

Este item visa avaliar em que grau a pessoa está tentando desempenhar um papel ocupacional e não se ela o faz de forma completa ou bem sucedida. Para os que dirigem um lar, considerar se para uma pessoa com eficiência normal as responsabilidades assumidas representariam trabalho em tempo integral ou parcial. Se desempregado, considerar o tempo gasto em atividades apropriadas de procura de emprego.

Perguntas sugeridas para quem trabalha:

Você atualmente está empregado?

0 - Praticamente nenhuma atividade ocupacional.

Quantas horas por dia você trabalha?

1 -

Quais atividades você realiza?

2 – Atividade ocupacional esporádica.

Você também é responsável por alguma atividade no lar, além de seu trabalho?

3 -

4 – Atividade ocupacional regular, porém menos do que tempo integral.

Perguntas sugeridas para quem estuda:

Você estuda?

5 -

O que você estuda?

6 – Atividade ocupacional adequada, em tempo integral ou mais.

Quanto tempo a escola toma por dia?

Você também é responsável por alguma atividade no lar, além de seu estudo?

Perguntas sugeridas para responsáveis pelo lar:

Quais são suas tarefas em casa?

Você precisa da ajuda de alguém?

Você recebe ajuda de alguém?

Quanto tempo você gasta para realizar essas atividades?

10 - AVALIAR O NÍVEL DE REALIZAÇÃO

Este item visa avaliar o nível de sucesso e realização que a pessoa tem alcançado no papel que ela está tentando desempenhar.

Para trabalhadores

Você é bem sucedido no seu trabalho?

Seu trabalho exige muita responsabilidade?

Você acha que você realiza bem suas atividades?

Você recebe elogios pelo seu trabalho?

As pessoas fazem críticas ou reclamam de seu trabalho?

Você já recebeu promoção no seu trabalho? E rebaixamento?

Você está satisfeito com seu desempenho no trabalho ou você acha que poderia fazer melhor?

Para estudantes

Você vai freqüentemente às aulas?

Quais as disciplinas em que você tem mais dificuldade?

Você recebe crítica por parte dos professores? E por parte dos colegas?

Você se dá bem com seus colegas de classe?

Você faz trabalhos em grupos?

Você está satisfeito com seu desempenho no estudo ou você acha que poderia fazer melhor?

0 – Não está desenvolvendo nenhuma função, ou está desempenhando em nível tão precário a ponto de ameaçar a habilidade de continuar naquele papel.

1 -

2 - Funcionando apenas no nível suficiente para manter a posição em um nível de realização muito baixo.

3 -

4 - Desempenho geralmente adequado.

5 -

6 - Muito bom desempenho com evidência de realização nova ou progressiva e/ou muito bom desempenho em algumas áreas.

Para outras atividades

Você está satisfeito com as tarefas que você realiza?

Você realiza essas tarefas porque você gosta ou por outro motivo?

As pessoas o criticam ou elogiam pelo seu trabalho?

Você está satisfeito com o seu desempenho nas tarefas ou você acha que poderia fazer melhor?

Você tem interesse em fazer as atividades da melhor maneira ou você prefere fazer de qualquer forma para ficar livre logo?

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia.QLS-BR.

11 - AVALIAR O GRAU DE SUB-EMPREGO

Este item visa avaliar até que ponto o grau de realização da pessoa no desempenho do papel ocupacional reflete uma completa utilização de suas potencialidades e das oportunidades disponíveis para a pessoa. Considerar habilidades inatas, deficiência física, educação, fatores culturais, econômicos e sociais. Obviamente, limitações refletindo diretamente qualquer doença mental ou desordem de personalidade não devem ser consideradas na estimativa do potencial da pessoa.

Perguntas sugeridas:

Este item exige um julgamento complexo. Fazer perguntas adicionais necessárias para esclarecer habilidade e oportunidades.

Relacionado ao trabalho, o que você sabe fazer?

Você gostaria de saber fazer outras coisas?

Te incomoda não estar trabalhando?

Se incomoda, o que você tem feito para conseguir trabalho?

O que você está fazendo no trabalho corresponde à sua capacidade ou expectativa?

0 - Não consegue concretizar potenciais.

1 -

2-Significativo sub-aproveitamento de habilidades, ou desempregado, mas está ativamente procurando por trabalho.

3 -

4 - Um pouco abaixo da capacidade da pessoa.

5 -

6 - Desempenho do papel proporcional às habilidades e oportunidades da pessoa.

12 - AVALIAR A SATISFAÇÃO COM O FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

NOTA: Este item deve ser avaliado com a nota técnica (9) se o item 9 (Avaliação do funcionamento ocupacional) tiver sido avaliado com o escore 3 ou abaixo de 3. Para a avaliação deste fator e para a avaliação do escore global, tirar a média dos itens 9, 10, 11 e 17.

Este item visa avaliar até que ponto a pessoa se sente confortável com a sua escolha ocupacional, com o seu desempenho nesta ocupação e com a situação na qual ela é desempenhada. Destina-se também a avaliar até que ponto esta escolha lhe propicia satisfação, prazer e realização.

Perguntas sugeridas:

Você gosta do seu trabalho e/ou escola ou atividades?

Você preferia estar fazendo algo diferente?

Você se sente feliz ou realizado com o seu trabalho?

O seu trabalho e/ou escola ou atividades o faz se sentir bem?

Você está entusiasmado com o seu emprego ou atividades?

Você espera com prazer o momento de ir para o trabalho ou o momento de realizar as suas atividades?

Você planeja uma mudança? Por quê?

0 - Infelicidade e insatisfação generalizadas com o papel ocupacional.

1-

2 - Alguma evidência definida de infelicidade ou insatisfação, o papel ocupacional não propicia nenhum prazer positivo ou preenchimento. Talvez o tédio seja evidente.

3 -

4 - Pouco ou nenhum descontentamento e algum prazer limitado com trabalho.

5 -

6 - Senso de realização e satisfação acentuadamente consistente, talvez com algumas queixas limitadas.

9 - Não aplicável se o paciente não está envolvido em nenhum desempenho de papel ocupacional.

13 - AVALIAR SENTIDO DE OBJETIVOS DE VIDA

Este item visa avaliar em que grau a pessoa coloca metas realistas e integradas para sua vida. Se a vida atual reflete tais objetivos, não é necessário que ela (ele) esteja planejando uma mudança de vida, para se avaliar que possui um bom sentido de objetivos de vida.

Perguntas sugeridas:

Você pensa muito sobre o futuro?

O que você planeja para a sua vida futura?

Tem alguma coisa em sua vida que você ainda não realizou, mas que gostaria de realizar?

Existe alguma coisa que faz a vida valer a pena para você?

0 - Nenhum plano, ou planos são bizarros, ilusórios ou irrealistas.

1 -

2 - Tem planos, mas eles são vagos, um tanto irrealistas, precariamente integrados uns com os outros, ou de pouca consequência para a vida da pessoa.

3 -

4 - Planos realistas e concisos, mas com pouca integração.

5 -

6 - Planos realistas, concisos e integrados.

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia. QLS-BR.

14 - AVALIAR O GRAU DE MOTIVAÇÃO

Este item visa avaliar em que grau a pessoa é incapaz de iniciar ou manter atividades dirigidas para um objetivo, devido à sua falta de motivação.

Perguntas sugeridas:

Você tem se esforçado para atingir seus objetivos ou planos?

Você já conseguiu realizar algum plano ou objetivo que você tinha para sua vida?

Você tem encontrado muita dificuldade para realizar seus planos ou tarefas?

Você tem conseguido resolver essas dificuldades?

Esta experiência de não resolver a dificuldade tem interferido muito na sua vida?

Você tem tido muito entusiasmo, animação, energia e ânimo para fazer as coisas?

Em quais atividades lhe falta ânimo ou motivação para realizar?

Você costuma deixar sempre as coisas para fazer depois?

Você tem interrompido suas atividades por falta de persistência, animação ou falta de incentivo?

0 - A falta de motivação interfere significativamente na rotina básica.

1 -

2 - Capaz de atender às demandas básicas de manutenção da vida, mas a falta de motivação prejudica significantemente qualquer progresso ou realização.

3 -

4 - Capaz de atender às exigências rotineiras da vida, mas a falta de motivação resulta em realização deficiente em algumas áreas.

5 -

6 - Nenhuma evidência de falta de motivação significante.

15 - AVALIAR A CURIOSIDADE

Este item visa avaliar até que ponto a pessoa está interessada no que ocorre ao seu redor e faz perguntas sobre as coisas que ela não entende. Excluir interesse em alucinações e ilusões ou outros produtos psicóticos. Entretanto, preocupações patológicas com produtos psicóticos ou outros temas podem limitar a curiosidade ou interesse em outras coisas.

Perguntas sugeridas:

Você se considera uma pessoa curiosa?

0 - Nenhuma curiosidade ou interesse em novos tópicos ou acontecimentos.

Que tipos de coisas te deixam curioso?

1 -

Você tem feito alguma coisa para aprender mais sobre elas? Por favor, especifique.

2 - Alguma curiosidade esporádica, mas não perseguida em pensamento ou ação.

Você tem lido jornais, ou ouvido as notícias na TV ou no rádio?

3 -

4 - Alguma curiosidade e tempo gasto pensando sobre tópicos ou interesses e algum real esforço para aprender mais sobre eles.

5 -

6 - Curiosidade sobre vários tópicos e algum esforço para aprender mais sobre alguns deles, tais como leitura, fazer perguntas, e observação planejada.

16 - AVALIAR ANEDONIA (INCAPACIDADE DE SENTIR PRAZER NA VIDA)

Este item visa avaliar a capacidade da pessoa em experimentar prazer e humor. Não avaliar anedonia resultante de síndrome depressiva observável e clara, por exemplo, agitação, choro, acentuados sentimentos de desamparo e inutilidade, etc. Entretanto, deve-se avaliar anedonia, quando acompanhada de apatia e afastamento, dos quais pode-se inferir a depressão. Fazer quaisquer perguntas necessárias para determinar a presença de depressão e seus efeitos sobre a capacidade de sentir prazer. Deve-se distinguir este aspecto de anedonia da capacidade de demonstrar afeto, o que não é avaliado aqui.

Perguntas sugeridas:

- | | |
|--|---|
| Você tem conseguido se divertir? | 0 - Inabilidade quase completa de experimentar prazer ou humor. |
| Você costuma obter satisfação ou prazer em coisas que você faz? | 1 - |
| Que tipo de coisa faz você rir ou se divertir? | 2 - Algumas experiências esporádicas e limitadas de prazer e humor, mas uma predominante falta dessas capacidades. |
| Já aconteceu de você não conseguir se divertir em coisas que pareciam ser divertidas? | 3 - |
| Outras pessoas parecem ser mais alegres ou divertidas do que você? | 4 - Algumas experiências regulares de prazer e humor, mas reduzidas em extensão e intensidade. |
| Você frequentemente passa a maior parte do dia entediado ou desinteressado pelas coisas? | 5 - |
| | 6 - Nenhuma evidência de incapacidade de sentir prazer ou esta incapacidade pode ser explicada completamente pela depressão ou ansiedade concomitantes. |

17 - AVALIAR UTILIZAÇÃO DO TEMPO

Este item visa avaliar a quantidade de tempo gasto pela pessoa em inatividade sem objetivo: dormir durante o dia, ficar deitado na cama, sentar-se aqui e ali, sem fazer nada ou em frente da TV ou rádio, quando a pessoa não está particularmente interessada por tais atividades.

Perguntas sugeridas:

O que você faz no seu dia-a-dia?

0 - Gasta grande parte de seus dias em inatividade infrutífera.

Você costuma desperdiçar o seu tempo?

1 -

Você gasta muito tempo não fazendo nada, sentado aqui e ali ou na cama?

2 - Gasta cerca de metade de seus dias em inatividade infrutífera.

Você passa muito tempo assistindo TV ou ouvindo música?

3 -

Você realmente se interessa pôr isto ou apenas não tem nada melhor para fazer?

4 - Alguma inatividade infrutífera excessiva, mas menos do que a metade do dia.

Você dorme muito durante o dia? Quanto?

5 -

De um modo geral, todos os seus dias são passados dessa forma?

6 - Nenhuma inatividade infrutífera excessiva além do normal exigido para relaxamento.

18- AVALIAR OBJETOS COMUNS

Este item presume que a participação nesta cultura quase sempre requer que uma pessoa possua certos objetos.

Perguntas sugeridas:

Para esta questão, perguntar sobre cada um dos 12 itens abaixo relacionados.

Você está usando ou portando o seguinte:

- 1 - Uma carteira ou bolsa
- 2 - Chaves
- 3 - Algum dinheiro
- 4 - Um relógio
- 5 - Algum documento pessoal
- 6 - O número do telefone ou o endereço de alguém

Você tem na sua casa o seguinte:

- 1 - Um lugar para guardar seus objetos pessoais
- 2 - Seu próprio despertador
- 3 - Um pente ou escova de cabelo
- 4 - Escova de dente
- 5 - Algum aparelho eletrônico para entretenimento
- 6 - Espelho ou aparelho de barbear.

0 - Ausência de todos os objetos comuns. (item 0)

1 -

2 - Grande déficit de objetos comuns (3-4 itens)

3 -

4 - Um déficit moderado (7-8 itens)

5 -

6 - Pequeno ou nenhum déficit (11-12 itens)

19- AVALIAR ATIVIDADES COMUNS

Este item presume que a participação básica nesta cultura quase sempre requer que a pessoa se engaje em alguma atividade.

Perguntas sugeridas:

Para este item, perguntar sobre cada um dos 12 itens mencionados abaixo. Dos seguintes, o que você fez nas três semanas passadas.

- 1 - Leu ou assistiu jornal
- 2 - Pagou uma conta
- 3 - Deu algum recado
- 4 - Foi ao cinema ou a um show de música, danceteria
- 5 - Dirigiu um carro ou viajou em transporte público sozinho
- 6 - Fez compras de alimentos
- 7 - Fez compras de outros itens
- 8 - Comeu em um restaurante ou lanchonete
- 9 - Recebeu seu próprio dinheiro
- 10- Participou de um encontro público
- 11- Compareceu a um evento esportivo
- 12- Visitou um parque público ou outro estabelecimento recreativo.

0 - Ausência de todas atividades (0 item)

1 -

2 - Grande déficit (3-4 itens)

3 -

4 - Déficit moderado (7-8 itens)

5 -

6 - Pouco ou nenhum déficit (11-12 itens)

20 - AVALIAR A CAPACIDADE DE EMPATIA

Este item visa avaliar a capacidade da pessoa em considerar e apreciar a situação de uma outra pessoa como sendo diferente da sua própria situação: apreciar diferentes perspectivas, estados afetivos e pontos de vista. Isto se reflete na descrição que a pessoa faz das suas interações com outras pessoas e de como ela vê tais interações.

Perguntas sugeridas:

Considerando alguém com quem você tenha relacionamento estreito ou com quem passa muito tempo.

Existe alguma coisa neles que o irrita ou o incomoda?

O que em você irrita ou incomoda os outros?

Você sabe o que eles gostam?

O que você faz para agradá-los?

Quando você os vê tristes ou chateados, o que você faz?

Se você tem algum desentendimento com eles, como é que você reage?

Você é normalmente sensível aos sentimentos dos outros?

Você se importa com o que as pessoas pensam ou falam de você?

0 - Não apresenta nenhuma capacidade de considerar os pontos de vista e sentimentos dos outros.

1 -

2 - Demonstra pouca capacidade de considerar os pontos de vista e sentimentos de outros.

3 -

4 - Pode considerar os pontos de vista e sentimentos dos outros, mas tende a ser envolvido no seu próprio mundo.

5 -

6 - Considera espontaneamente a situação de outra pessoa na maioria das situações, é capaz de intuir as respostas afetivas de outra pessoa e de usar este conhecimento para ajustar suas próprias respostas.

21-AVALIAR A CAPACIDADE DE ENVOLVIMENTO E INTERAÇÃO EMOCIONAL COM O ENTREVISTADOR

Este item visa avaliar a habilidade da pessoa em envolver o entrevistador na conversação, fazer com que o entrevistador se sinta afetivamente em contato e reconhecê-lo como um participante individual na interação, assim como a habilidade de reagir de maneira recíproca com o entrevistador.

Este item é um julgamento global, baseado na entrevista total.

0 - O entrevistador se sente praticamente ignorado, sem nenhum senso de envolvimento do paciente e muito pouca reatividade.

1 -

2 – Envolvimento, interação e afetividade bastante limitados.

3 -

4 – Algum envolvimento, interação e afetividade na entrevista.

5 -

6 – Envolvimento, reatividade, interação e afetividade consistentemente bons.

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia -QLS-

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA QLS-BR

Sujeito: _____ Avaliador: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Início da aplicação: ____h ____min.

21 ITENS

1 - Relações familiares	0	1	2	3	4	5	6	9	[]
2 - Amigos íntimos	0	1	2	3	4	5	6		[]
3 - Relações com colegas	0	1	2	3	4	5	6		[]
4 - Atividade Social	0	1	2	3	4	5	6		[]
5 - Rede Social	0	1	2	3	4	5	6		[]
6 - Iniciativa Social	0	1	2	3	4	5	6		[]
7 - Afastamento Social	0	1	2	3	4	5	6		[]
8 - Relações afetivo-sexuais	0	1	2	3	4	5	6		[]
9 - Funcionamento ocupacional	0	1	2	3	4	5	6		[]
10 - Nível de realização	0	1	2	3	4	5	6		[]
11 - Sub-emprego	0	1	2	3	4	5	6		[]
12 - Satisfação ocupacional	0	1	2	3	4	5	6	9	[]
13 - Objetivos de vida	0	1	2	3	4	5	6		[]
14 - Motivação	0	1	2	3	4	5	6		[]
15 - Curiosidade	0	1	2	3	4	5	6		[]
16 - Anedonia	0	1	2	3	4	5	6		[]
17 - Utilização do Tempo	0	1	2	3	4	5	6		[]
18 - Objetos Comuns	0	1	2	3	4	5	6		[]
19 - Atividades Comuns	0	1	2	3	4	5	6		[]
20 - Empatia	0	1	2	3	4	5	6		[]
21 - Interação na entrevista	0	1	2	3	4	5	6		[]

Sub-escalas:

Fator 1: Rede social (itens 1-7)

Fator 2: Nível Ocupacional (itens 9 -12 e 17)

Fator 3: Funções intrapsíquicas e Relações interpessoais (itens 8,13,15,18-21)

Escala Global: (itens 1-21)

Término aplicação: ____h ____min.

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia -QLS-

ANEXO I – Autorização para utilizar o QLS-R



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO del-Rei. UFSJ
Campus Centro Oeste.

Eu, **Clareci Silva Cardoso**, autorizo o uso da escala *Quality of Life Scale- QLS-BR*, na versão em português pela pesquisadora **Antonela Vitória**.

Atenciosamente;

Divinópolis, 15 de Agosto de 2016.

Clareci Silva Cardoso
PhD em Epidemiologia

Universidade Federal de São João del-Rei.
Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação de Novas Tecnologias em Saúde, UFSJ/CNPq
Avenida Sebastião Gonçalves Coelho, 400. Bloco A. Sala 208. Bairro Chanadour. Divinópolis.
MG. Brasil. Cep: 35500-296.